

# کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور  
سال دوم شماره ۴ دی ۱۳۸۹ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال



۰۵۰۰۲۲۱۲۷۲

راه اندازی اولین تلفن گویای  
مشاوره ترک سیگار  
در کشور



خدمتی نو در ارتقاء سلامت جامعه

دی

۱۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۵ آذر ۱۳۸۹

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۳۴/۳۶۴۲ 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 بانک شریف کاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید قلاح نغفی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریاتپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

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

گرافیکست و صفحه آرا

فانزه صفرعلی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کد پستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۰۸ - ۲۶۱۰۶۰۰۳

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

بها: ۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است



۳	معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
۴	سخن روز
۵	مقالات منتخب
	نقش مالیات در کنترل تنباکو و اثر بالقوه اقتصادی در چین
۹	زیر دربین
	گزارش حضور در اجلاس چهارم کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات
۱۱	ما توانستیم، شما هم می‌توانید
۱۳	فعالتهای مرکز
	راهاندازی اولین تلفن گویای مشاوره ترک سیگار در کشور
	حضور فعال مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در روز جهانی COPD
	جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید
۱۵	اخبار کشوری
	قلیان آزاد است اما نه برای زنان
	آلودگی پر فروش ترین سیگار قاچاق کشور به مواد هسته‌ای
	خطر، پشت در خانه شماست!
	تأثیر اقدامات بازدارنده اجتماعی در کاهش گرایش به دخانیات
۱۹	اخبار بین‌المللی
	ایالات متحده بدون قبول معاهده کنترل دخانیات به مفاد آن عمل می‌کند
	در دسر سیگاری‌ها در ژاپن
	برنامه ترک سیگار بانک توسعه اسلامی
	شرکت فیلیپ موریس (PMI) در معامله منبع توتون و تنباکو در برزیل
	ممنوعیت سیگار کشیدن و ضربه اقتصادی وارد بر سیگارهای کوبایی
	مبارزه کشاورزان تنباکو در آسیا علیه قدغن شدن سیگار طعم دار
۲۳	سینما و دخانیات
	هنوز هم در فیلم‌های معروف آمریکایی مصرف سیگار تبلیغ می‌گردد!
۲۷	نشستی با صاحب‌نظران
	دکتر بدیع‌الزمان رادبی
۲۹	قانون جامع کنترل دخانیات
۳۱	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



## درس که باید از اروگونه آموخت

ایلاس چهارم کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دقانیات در اروگونه برگزار گردید و به حق این کشور میزبان خوبی برای کنفرانس بود و در پایان دستورالعمل‌های اجرایی برای مولر ۱۸، ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹ آن مورد موافقت اعضا قرار گرفت و جهت تکمیل پروتوکل مبارزه با قاچاقی مقرر شد جلسات کارگروه تخصصی و گفتگو طی دو سال آینده برگزار شود.

نکته بسیار مهم در این ایلاس حضور دو رئیس جمهور فعلی و قبلی این کشور همراه با دو وزیر بهداشت بود در این برنامه بود. به طوری که دولت قبلی در اجرای برنامه‌های کنترل دقانیات حمت زیادی به خرج داده و طی ۸ سال گذشته این کشور را به عنوان پیشرو در امر مبارزه با دقانیات تبدیل کرده و از این طریق میزبانی این ایلاس را در سال ۲۰۰۸ در آفریقای جنوبی کسب کرده و مهم تر از آن اینکه با تغییر دولت و وزیر مربوطه نه تنها این برنامه‌ها متوقف نشده بلکه با جدیت و تبال گشته است. این امر نشان دهنده قانم به ذات بودن برنامه اجرایی است و نه قانم به فرد بودن آن. در بسیاری موارد می‌بینیم که افراد بسیاری در تصدی یک امر کل برنامه‌های فرد قبلی را تعوییل می‌کنند و یا به اجرای آن اهمیت نمی‌دهند.

سردبیر

Research paper



## The role of taxation in tobacco control and its potential economic impact in China

Teh-wei Hu,<sup>1,2</sup> Zhengzhong Mao,<sup>3</sup> Jian Shi,<sup>4</sup> Wendong Chen<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Health Economics, University of California, Berkeley, California, USA; <sup>2</sup>Center for International Tobacco Control, Public Health Institute, Oakland, California, USA; <sup>3</sup>Department of Health Economics, Sichuan University, Chengde, China; <sup>4</sup>Research Institute of Taxation Science, State Administration of Taxation, Beijing, China; <sup>5</sup>Taxation Branch Institute, State Administration of Taxation, Beijing, China

Correspondence to: Teh-wei Hu, School of Public Health, Room 211 University Hall, University of California, Berkeley, California 94720, USA; [hu@berkeley.edu](mailto:hu@berkeley.edu)

Received 22 May 2008  
Accepted 25 October 2008

### ABSTRACT

**Objectives** To identify key economic issues involved in raising the tobacco tax and to recommend possible options for tobacco tax reform in China.

**Methods** Estimated price elasticities of the demand for cigarettes, prevalence data and epidemiology are used to estimate the impact of a tobacco tax increase on cigarette consumption, government tax revenue, lives saved, employment and revenue loss in the cigarette industry and tobacco farming.

**Results** The recent Chinese tax adjustment, if passed along to the retail price, would reduce the number of smokers by 630 000 saving 210 000 lives, at a price elasticity of -0.15. A tax increase of 1 RMB (or US\$0.13) per pack of cigarettes would increase the Chinese government's tax revenue by 129 billion RMB (US 17.2 billion), decrease consumption by 3.0 billion packs of cigarettes, reduce the number of smokers by 3.42 million and save 1.14 million lives.

**Conclusion** The empirical economic analysis and tax simulation results clearly indicate that increasing the tobacco tax in China is the most cost-effective instrument for tobacco control.

To reduce this cost burden in the future, effective tobacco control programs and sustained efforts are needed to curb the tobacco epidemic and economic losses. One of the most important instruments a government can use in tobacco control is taxation. Worldwide experience has shown that raising the tax on cigarette sales is very effective in reducing consumption.<sup>1</sup>

The objectives of this paper are to identify key economic issues for evidence-based policy analysis, including the various aspects of tobacco taxation and to recommend possible options for tobacco tax reform in China.

The remainder of this paper is organised as follows. The next section reviews the tobacco economy in China. The third section provides a review of China's tax system with particular emphasis on the tobacco leaf tax and the cigarette tax. The fourth section describes tobacco price, affordability, consumption and demand analysis. The fifth section provides a simulation of the impact of tobacco tax income on China's economy and population health. Recommendations are included in the final section.

### THE TOBACCO ECONOMY IN CHINA

The Chinese government plays an important role in the production of tobacco leaf and cigarettes through its national monopoly, the State Tobacco Administration (STMA) and the China National Tobacco Company (CNTC), one organisation with two names. The STMA sets overall government policy on tobacco, beginning with the allocation of tobacco production quotas among the provinces, the pricing of tobacco leaf, the setting of production quotas for cigarettes and the managing of international trade. The CNTC has the overall responsibility of setting national tobacco leaf production quotas for all provinces.

According to law, the CNTC is the only legitimate buyer of tobacco leaf in China. In 2005, China produced 2.435 million tons of tobacco leaf, about one-third of the world's production.<sup>2</sup> In the same year, the 1.863 million hectares planted with tobacco accounted for less than 1% of China's total agricultural cultivated land. The gross value of flue-cured tobacco was 25.25 billion RMB, or 9.54 RMB per kg, contributing 1% to 2% to the Chinese agricultural economy.<sup>3</sup>

Currently, the Chinese central government allows the local government to keep 20% of tobacco leaf tax revenues. As a result, 24 of 31 provinces in China (about 4 million farm households or about 2% of all farmers) grow tobacco.<sup>4</sup> Almost all of these households also produce other crops. Of the 24 tobacco-producing provinces,

### INTRODUCTION

China grows about one-third of the world's tobacco crop and consumes one-third of the world's cigarettes. The 2002 National Smoking Prevalence Survey estimated there to be about 300 million current smokers in China.<sup>1</sup>

The health and economic consequences of smoking are alarming. A recent estimate of mortality attributable to smoking in China is 670 000 deaths per year if limited to cancer, cardiovascular disease and respiratory disease.<sup>2</sup> And because diseases caused by smoking can take several decades to develop, China has yet to catch up to the high smoking-related mortality seen in the West.<sup>3</sup> Smoking attributable deaths in China are projected to rise to 2 million by the year 2020.<sup>4</sup>

The health burdens of smoking also can be measured in monetary cost, which includes medical treatment costs (direct costs) and loss of productivity from morbidity and mortality (indirect costs). A study that used the 1998 China National Health Services Survey estimated the smoking-attributable total costs of three major diseases—cancer, cardiovascular (CV) disease and respiratory disease—at 41.0 billion RMB (or US\$5.0 billion, US\$1=0.26RMB for the 2000 exchange rate) measured in 2000 value, or about 200 RMB (US \$25.43) per smoker (page 35).<sup>5</sup> The direct medical costs of smoking accounted for 3.1% of China's national health expenditures in 2000.<sup>6</sup>

### UNLOCKED

This paper is freely available online under the BMJ Journals unlocked scheme, see <http://tobaccocontrol.bmj.com/oa/unlocked.shtml>.



## نقش مالیات در کنترل تنباکو و اثر بالقوه اقتصادی در چین

ترجمه و نقد: دکتر پری ایمانی  
از مجله Tobacco Control



**اهداف:** تعیین جریانات اقتصادی کلیدی درگیر در افزایش مالیات بر تنباکو و ارائه گزینه‌های ممکن برای اصلاح مالیات بر تنباکو در چین.

**روش‌ها:** ارزش تقریبی آماری تقاضا برای سیگار، داده‌های شیوع و اپیدمیولوژی، برای تخمین اثر افزایش مالیات تنباکو بر مصرف سیگار، درآمد مالیاتی دولت، زندگی‌های نجات یافته، اشتغال و درآمد از دست رفته در کارخانجات سیگار و مزارع تنباکو، مورد استفاده قرار گرفته است.

**نتایج:** مالیات تنظیم شده اخیر در چین، اگر که برای خرده فروشان نیز به اجرا درآید، موجب کاهش ۶۳۰/۰۰۰ هزار نفر از تعداد سیگاری‌ها و نجات جان ۲۱۰/۰۰۰ نفر شد (با ارزش آماری ۰/۱۵-).

افزایش مالیات به میزان یک RMB یا (۰/۱۳ دلار آمریکا) برای هر پاکت سیگار موجب افزایش درآمد مالیاتی دولت به میزان ۱۲۹ میلیارد RMB یا (۱۷/۲ میلیارد دلار آمریکا) و کاهش مصرف به میزان ۳ میلیارد پاکت سیگار و همچنین کاهش تعداد سیگاری‌ها به میزان ۲/۴۲ میلیون نفر و نجات ۱/۱۴ میلیون زندگی شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** تجزیه و تحلیل‌های تجربی اقتصادی و نتایج نمودهای مالیاتی واضحاً مطرح کننده این است که افزایش مالیات بر تنباکو در چین مؤثرترین وسیله مقرون بصرفه برای کنترل تنباکو است.

### نقد و بررسی:

۱- براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۵ میلادی میزان مصرف سیگار در جهان، سالانه ۵۶۰۰ میلیارد نخ برآورد شده است که در این میان پنج کشور چین، آمریکا، روسیه، ژاپن و اندونزی

در صدر بیشترین مصرف‌کنندگان سیگار در جهان قرار دارند.

براساس این گزارش، سرانه مصرف هر نخ در کشورهای روسیه و ژاپن بیش از ۲۵۰۰ نخ سیگار، کشورهای چین و استرالیا، آمریکا و اتحادیه اروپا ۲۰۰۰-۱۵۰۰ نخ سیگار و ایران ۸۰۷ نخ سیگار در سال می‌باشد. لذا مصرف سرانه سیگار حدود ۲/۲ نخ در روز است که با توجه به میزان فعلی جمعیت، آمار مصرف سالانه سیگار در ایران حدود ۶۰ میلیارد نخ برآورد می‌شود.

۲- براساس اظهار مدیران ارشد شرکت دخانیات ایران، بازار دخانیات ایران، بازار ۳۰ هزار میلیارد تومانی است، به طوری که ملاحظه می‌شود بازار دخانیات ایران جاذبه فراوانی دارد.

۳- تأمین بازار مصرف سیگار در کشور از چهار طریق اتفاق می‌افتد:

الف- تولید داخلی (سیگارهای ملی)

ب- تولید مشترک داخلی با برندهای معروف خارجی

ج- واردات رسمی از طریق شرکت‌های معتبر

د- قاچاق (واردات غیررسمی)

۴- براساس آمارهای اعلام شده، صنعت دخانیات کشور پس از بهینه‌سازی خطوط تولید فرسوده و قدیمی خود و با کمک شرکت‌های معتبر خارجی توانسته سالانه حدود ۲۰ میلیارد نخ از نیاز بازار داخلی را تأمین کند. حدود ۲۰ میلیارد نخ نیز به صورت رسمی و با مجوز و کنترل کیفیت شرکت دخانیات و از طریق واردکنندگان، از شرکت‌های معتبر خارجی خریداری و وارد می‌شود.

این بدان معنا است که حدود ۲۰ میلیارد نخ نیز توسط قاچاقچیان وارد و در بازار داخلی توزیع می‌گردد. اگر بپذیریم که سیگارهای تولید ملی با نظارت و کنترل شرکت دخانیات ایران از استاندارد لازم برخوردار است، لیکن سیگارهایی که بدون کنترل و نظارت و از مبادی غیررسمی وارد می‌شود عمدتاً از توتون‌های بی‌کیفیت و غیراستاندارد و غیربهداشتی و همراه با اسانس‌های مضر است که سلامت مصرف‌کننده را تا چندین برابر به خطر می‌اندازد.

۵- در حال حاضر از تولید سیگار داخل کشور مالیات

و عوارض مشتمل بر ۵ ریال بابت مالیات‌های غیرمستقیم سازمان امور مالیاتی، ۱۸ ریال سهم سازمان تربیت بدنی، ۱ درصد از فروش داخلی سهم شهرداری، ۱۲ درصد از فروش داخلی سهم آموزش و پرورش، ۱۰ درصد ارزش مواد اولیه وارداتی سود بازرگانی و ۳۰ درصد ارزش مواد اولیه وارداتی به عنوان عوارض گمرکی دریافت می‌شود.

در سال جاری نیز علی‌رغم افزایش مالیات بر سیگارهای وارداتی که موجب افزایش قیمت تمام شده سیگار در بازار داخلی شده است، کماکان به کاهش مصرف سیگار نیانجامیده است.

۶- از طرف دیگر گزارش‌ها حاکی از آن می‌باشند که طی توافقات انجام شده با کمپانی‌های معروف قرار است در آینده نزدیک سیگارهای وینستون و موتاتنا در کشور تولید شده و همچنین با چینی‌ها در خصوص تولید سیگار بهمن در بندرانزلی توافق صورت گرفته است.

مباحث مطروحه فوق بیانگر این است که:

**الف-** سود سرشار حاصل از تولید و تجارت سیگار از یک طرف دولت (شرکت دخانیات ایران) را بر آن داشته که به صرف و بهانه تولید بهداشتی و حمایت از کارگران و شاغلین در این صنعت همچنان به تولید و توسعه آن پافشاری کند و از طرف دیگر حلاوت واردات را هم در تجارت غیررسمی (قاچاق) افزوده است.

**ب-** افزایش مالیات بر درآمد حاصل از فروش سیگار و نیز افزایش مالیات بر ورود سیگارهای وارداتی نیز در سالهای اخیر اتفاق افتاده که حاصلی جز افزایش قیمت تمام شده سیگار به طریق تولید داخلی و نیز سیگار وارداتی (رسمی) نداشته است و عملاً سود قاچاقچیان در واردات غیررسمی را افزایش داده است و هیچ‌گاه شاهد کاهش مصرف سیگار در سال‌های اخیر در کشورمان نبوده‌ایم.

**ج-** حال سؤال اساسی این است که چرا سیاست‌های حاکمیت عمدتاً در جهت رونق تولید داخلی سیگار و نیز کاهش و یا حذف قاچاق سیگار طراحی می‌شود؟ آیا به دخانیات باید صرفاً با نگاه حفظ اشتغال در این صنعت، ایجاد درآمد مالیاتی برای دولت و کاهش قاچاق نگاه کرد یا به هدف والا و متعالی کاهش مصرف این ماده زیان‌آور و سرطانی نگرست. در سال‌های

اخیر، سیاست‌های دولت محترم عمدتاً در جهت حمایت از تولید داخلی، مدیریت واردات، ایجاد سرمایه گذاری مشترک جهت تولید برندهای معروف در داخل و در نهایت ایجاد درآمد دولت با کاهش یا حذف قاچاق بوده است که متأسفانه این اتفاق هیچ‌گاه حاصل نشده و بالعکس شاهد اتلاف سرمایه‌های ملی و نیروهای انسانی جامعه و مخاطره سلامت و بهداشت جامعه انسانی ایران بوده‌ایم.

**د-** فرهنگ‌سازی در جهت جلوگیری از مصرف دخانیات نیز فقط در الصاق عکس‌های وحشت‌انگیز بر روی جلد یا پاکت سیگار محدود شده است که متأسفانه نتیجه آن روی‌گردانی مردم از این قبیل سیگارها و سوق دادن آنها به سمت سیگارهای قاچاق (بدون الصاق عکس) بوده است که عملاً هیچ‌گونه کنترلی نیز در خصوص بهداشت و استاندارد توتون‌های این قبیل سیگارها وجود نخواهد داشت و سلامت جامعه دوجندان به خطر می‌افتد.

**ه-** چنانچه سیاست حاکمیت بر کاهش و حذف مصرف سیگار قرار گیرد، لازم است که این امر ابتدا از طریق مراجع تقلید با فتاوی محکم منع گردد و در تریبون‌های مختلف مردم را از مصرف سیگار منع کنند، به عبارتی فرهنگ‌سازی می‌بایست از بطن فرهنگ اسلامی آغاز شود و رسانه‌های صوتی و تصویری و نوشتاری نسبت به انجام رسالت خود در خصوص اشاعه فرهنگ حذف مصرف سیگار حرکت کنند.

در این راستا موضوع ممنوعیت فروش سیگار به افراد زیر ۲۰ سال و اعمال مجازات‌های سنگین برای فروشندگان سیگار به این افراد لازم و ضروری است و همچنین اجرای دقیق و حتمی قانون مجازات استعمال سیگار در اماکن عمومی و مسقف ضروری می‌باشد.

نکته آخر آن که به جای وضع مالیات بر تولید و یا واردات که در نهایت به قاچاق می‌انجامد می‌بایستی به سمت وضع مالیات‌های سنگین بر مصرف سیگار حرکت کنیم، به طوری که قیمت تمام شده سیگار در زمان عرضه به مصرف‌کننده نهایی به چند ده برابر قیمت فعلی برسد که انجام این کار نیازمند اصلاح ساختار سیستم مالیاتی کشور و نظارت دقیق می‌باشد. امید داریم روزی شاهد ایرانی بدون دخانیات باشیم.



**Table 1** Comparison of Chinese tobacco excise tax structure before and after 1 May 2009

	Before 1 May 2009	After 1 May 2009
Specific excise tax per pack	0.06 RMB	0.06 RMB
Ad valorem tax		
Price per pack	≥5RMB 45%	≥7RMB 50%
Price per pack	<5 RMB 30%	<7RMB 36%
Wholesale price tax*	0%	5%

\*Wholesale price includes the amount of ad valorem tax.

**Table 2** Cigarette prices, affordability index and consumption (1990–2007)

Year	Nominal retail price (RMB/pack)	Consumer price index (1990=100)	Real retail cigarette price (1990=100) (RMB/pack)	Proxy disposable income per capita (RMB)	Affordability index	Per capita consumption (packs/year)
1990	1.088	100.0	1.088	1637	1.000	65.97
1991	1.207	103.4	1.168	1884	1.038	67.64
1992	1.328	110.0	1.207	2298	1.150	66.15
1993	1.421	126.2	1.126	2975	1.391	68.99
1994	1.564	156.6	0.998	4014	1.700	68.29
1995	1.726	183.4	0.946	4928	1.890	70.17
1996	1.944	198.6	0.975	5721	1.959	67.77
1997	2.177	204.2	1.066	6314	1.928	68.54
1998	2.318	202.5	1.144	6654	1.910	65.82
1999	2.464	199.7	1.234	7034	1.897	64.50
2000	2.585	200.5	1.289	7732	1.988	60.95
2001	2.793	201.9	1.383	8487	2.015	64.60
2002	3.088	200.3	1.541	9271	1.997	68.09
2003	3.420	202.7	1.687	10460	2.033	69.57
2004	3.899	210.6	1.851	12277	2.093	72.09
2005	4.522	214.4	2.109	14128	2.076	71.81
2006	5.384	217.6	2.474	16214	2.328	77.41
2007	6.641	228.0	2.913	19023	2.340	80.96

Sources: China's Statistics Yearbook (1989–2008), China National Bureau of Statistics, Beijing, China; China Tobacco Statistics Yearbook (1989–2008), China National Tobacco Company, Beijing, China.

**Table 3** The impact of cigarette tax increases on tobacco-attributable mortality and government tax revenue using different price elasticities

	2007 levels	Recent tax adjustment	Increase in specific excise tax of additional 1 RMB
Increase in cigarette tax per pack (RMB)			
Cigarette retail price (RMB/pack)	6.64	6.67	7.87
Producer price	3.89	3.89	3.89
Tax per pack	2.66	2.89	3.89
Total tax as % of retail price	40%	42.4%	50.6%
Reduction in cigarette consumption (billion packs)			
0.15*		0.54	3.09
0.50*		1.87	9.90
Reduction in number of smokers (millions)			
Price elasticities †			
0.15		0.63	2.42
0.50		2.09	11.47
Number of lives saved (millions) ‡			
0.15		0.21	1.14
0.50		0.70	3.80
Prevalence of adult (aged 15+) current smokers (millions)			
0.15		30.8%	30.13%
0.50		30.5%	28.13%
Total number of current smokers (millions)			
0.15		301.37	304.8
0.50		305.91	296.8
Additional total tax revenues (billions RMB)			
0.15		22.58	125.4
0.50		15.82	101.8
Total annual cigarette tax revenue (in USD) §			
0.15		3.01	13.25
0.50		2.82	13.57

\*Price elasticity.

† Smoking participation elasticity—40% of the total price elasticity; smoking intensity elasticity—60% of the total price elasticity.

‡ Assuming one-third reduction in smokers. ††

§ USD1 = 7.5 RMB for the 2007 exchange rate.

**Table 4** The impact of cigarette tax increases on the cigarette industry and tobacco farming using different price elasticities

	Recent tax adjustment	Increase in specific excise tax of additional 1 RMB
Impact on cigarette industry		
Reduction in cigarette consumption (billion packs)		
0.15*	0.54	3.0
0.50*	1.82	9.90
Total sales revenue loss (billion RMB) †		
0.15	2.08	11.94
0.50	6.96	29.40
Industry net revenue loss (billion RMB)		
0.15	1.17	6.71
0.50	3.95	22.18
Industry employment loss (number of employees)		
0.15	279	1606
0.50	938	5382
Impact on tobacco farming		
Reduction in tobacco leaf (in tons) ‡		
0.15	4367	25271
0.50	14724	84877
Reduction in leaf use (in hectares) ¶		
0.15	2429	13960
0.50	8129	44778
Reduction in farmers' revenue (in millions RMB)**		
0.15	44	253
0.50	147	847
Reduction in local government tax (in millions RMB) ††		
0.15	8.7	50
0.50	29.4	169

Notes:

\*Price elasticity.

† Total sales revenue loss is the producer price 3.89 RMB (6.64–2.66) RMB per pack multiplied by the reduction in consumption.

‡ Figures obtained from table 2.

§ USD1 term of tobacco leaf produce 1 case of cigarettes (8000 cigarettes).\*

¶ Average productivity is 1.81 tons per hectare.

\*\* Average government purchase price was 100 RMB per 10 kg, 10 000 RMB per ton (1 ton=1000 kg).

†† 120% special tobacco leaf tax.



## گزارش حضور در اجلاس چهارم کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات

این اجلاس با حضور بیش از ۵۰۰ نفر از نمایندگان دولتی و غیردولتی کشورهای عضو معاهده برگزار گردید که از کشور ایران آقای بهزاد ولیزاده (نماینده وزارت بهداشت) و دکتر غلامرضا حیدری (نماینده انجمن‌های غیردولتی) حضور داشتند. جای خالی دیگر نماینده ایران آقای شاهرخ شاکریان محسوس بود و برای بسیاری از اعضا نبودن ایشان سوال برانگیز بود.

51.040.059  
76.345

در اولین روز اجلاس مراسم ساعت مرگ توسط سازمان بهداشت جهانی WHO و انجمن بین‌المللی مبارزه با دخانیات FCA برگزار شد. این ساعت که از اولین روز برگزاری جلسه تدوین معاهده در سال ۱۹۹۹ شروع به کار کرده است براساس آمارهای منتشر شده روند مرگ و میر سالیانه جهانی در اثر مصرف دخانیات را شمارش می‌کند به طوری که تاکنون (در حدود این ۱۰ ساله گذشته) بیش از ۵۱ میلیون نفر موارد مرگ را ثبت کرده است و همچنان ادامه می‌دهد. در این مراسم نماینده سازمان بهداشت جهانی، دبیر جمعیت مبارزه با سیگار اروگوئه و ۶ نفر از هر منطقه سازمان بهداشت جهانی سخنانی ایراد نمودند و از ساعت پردهبرداری شد.

در اولین جلسه رسمی اجلاس حضور رئیس‌جمهور فعلی اروگوئه بسیار مهم جلوه نمود و با استقبال اعضا روبرو شد. ایشان ضمن خوش‌آمدگویی برای جلسه آرزوی موفقیت نمودند و حمایت دولت خود را از این برنامه اعلام کردند. سپس وزیر بهداشت این کشور سخنرانی کرد و بعد از آن رئیس جلسه (نماینده آفریقای جنوبی) روند جلسه را اعلام نمودند. در ادامه

این کنفرانس در مورخه ۲۵ لغایت ۳۰ آبان ماه سال جاری در پونت دل استه کشور اروگوئه برگزار گردید. در اجلاس سوم معاهده که در دوربان آفریقای جنوبی برگزار شد مقرر گردید میزبانی اجلاس بعدی در منطقه آمریکا (بر اساس تقسیمات جغرافیایی سازمان بهداشت جهانی (AMRO) باشد و از آنجایی که کشور اروگوئه در خلال ۱۰ سال گذشته برنامه‌های کنترل دخانیات را به خوبی اجرا کرده بود و نمایندگان این کشور حضوری موفق در اجلاس‌های قبلی داشتند و همیشه به عنوان کشوری حمایت‌کننده و پیشرو در این امر مطرح بودند، کنفرانس موافقت خود را با اجرای این جلسه در پونت دل استه اعلام نمود.

این شهر کوچک در حاشیه اقیانوس اطلس دومین شهر مهم اروگوئه بعد از مونت وید است ولی معروف‌ترین شهر بواسطه امر توریست می‌باشد. بسیاری از ثروتمندان کشورهای مختلف به ویژه برزیل، آرژانتین و ایالات متحده در این شهر ویلاهای شخصی دارند و عموماً این شهر دارای هتل‌ها و آپارتمان‌های متنوع و بی‌نظیر می‌باشد و در اواخر فصل بهار و اوایل تابستان که همزمان با شروع سال می‌لادی در این کشور می‌باشد بسیاری از جهانگردان برای شروع تعطیلات به این شهر کوچک می‌آیند به طوری که جمعیت بومی حدود ۱۰ هزار نفری آن در حدود ۱ میلیون نفر دیده می‌شود.







پیام ویدئویی خانم چان رئیس سازمان بهداشت جهانی از ژنو پخش شد که در قسمتی از آن ایشان به اهمیت نهایی شدن پروتوکول‌های مربوطه جهت اجرای معاهده اشاره کردند. برنامه یا ۳ جلسه کلی و سپس تقسیم به دو کمیته الف و ب جهت بحث‌های تخصصی و نیز چندین کار گروه برای مواد مختلف معاهده در ۵ روز ادامه یافت. بعد از بحث‌های گوناگون در اجلاس به اتفاق تملی آرا دستورالعمل ماده ۱۰ و ۹ در خصوص بسته‌بندی و مقررات مربوط به میزان مواد مختلف در سیگار و اعلام آنها به تصویب رسید. همچنین دستورالعمل ماده ۱۲ درباره ممنوعیت حمایت‌های مالی صنایع دخانی در امور فرهنگی تصویب گردید و نیز دستورالعمل ماده ۱۴ که وظایف دولت‌ها در گسترش خدمات ترک در سطح ملی را بیان می‌کند مورد قبول قرار گرفت و درباره گزارش‌دهی و سیستم ارسال آن به دبیرخانه توافقات حاصل شد.

دستورالعمل ماده ۶ که درباره افزایش مالیات سیگار می‌باشد با وجود بحث‌های مختلف نیمه کاره ماند و مقرر شد در اجلاس پنجم پیگیری شود.

دستورالعمل ماده ۱۷ و ۱۸ درباره برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی عمومی درباره مضرات سیگار هم به تصویب نهایی رسید.

یکی از اتفاقات جالب در حاشیه این اجلاس تظاهرات حدود ۴۰ نفر از کشاورزان عضو اتحادیه تنباکوکاران بین‌المللی در روز دوم کنفرانس جلوی در ورودی هتل کلزاد محل اجرای برنامه بود. این افراد که با کلاه متحدالشکل حضور داشتند پلاکاردهایی در دست حمل می‌کردند که با شعارهای «ما نگران وضعیت شغلی خود هستیم»، «آینده ما چه می‌شود» «به فکر خانواده ما باشید» مشخص بود. این افراد که تحت حفاظت پلیس حضور داشتند با سرودهای خاص و کف زدن مخالفت خود را از اجلاس اعلام کردند. بعد

بعد از ساعتی افرادی از نمایندگان غیر دولتی حاضر با بعضی از آنان جلسه گفتگو گذاشتند و مشخص شد که بیشتر آنان از مالوای (کشوری در آفریقا که محل کشت تنباکو اصلی کمپانی‌های جهانی است) و برزیل آمده‌اند و از حمایت مالی شرکت‌های دخانیاتی آمریکایی برخوردار هستند که کل هزینه آنها را پرداخت نموده‌اند. در این گفتگو توضیح داده شد که معاهده منافاتی با برنامه کاری آنان ندارد، به طوریکه در ماده ۱۷ و ۱۸ آن به حمایت از این افراد اشاره شده است و نیز شرایط تغییر کشت محصول آنان دیده شده است و همچنین دولت‌ها بایستی وضعیت داخلی خود را بر اساس شرایط موجود فراهم کنند تا این قبیل افراد ضرر نبینند و حتی به زمان اجرای این برنامه و تغییرات لازم نیز اشاره شده است. بعد از توضیحات آنان قانع شدند و به دنبال کار خود رفتند. یکی از لحظه‌های مضحک این موضوع زمانی بود که یکی از پرسنل هتل برای سیگار کشیدن خارج شد که با تشویق این افراد روبرو گردید و با درنگ به داخل برگشت.



در پایان اجلاس مقرر شد کنفرانس بعدی در اواخر سال ۲۰۱۲ در سنول کره جنوبی باشد. همچنین دو جلسه کار گروه تخصصی برای ادامه تدوین پروتوکول قاچاق دخانیات در خلال سال ۲۰۱۱ با حضور ۵ نفر از هر منطقه WHO برگزار گردد تا در جلسه INB5 مربوطه در آوریل ۲۰۱۲ آن پروتوکول تکمیل گردد.

در جمع‌بندی نهایی می‌توان اجلاس چهارم را خوب و مفید ارزیابی نمود و در مقایسه با بسیاری از جلسات مشابه در معاهدات بین‌المللی دیگر که اتفاق آرا وجود ندارد و در روند تصویب دستورالعمل‌ها کند پیش می‌رود این معاهده را موفق دانست.

## 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 نفلر 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!**

**۱- لطفا خودتان را معرفی کنید و به ما بگویید**

**سیگار کشیدن را از چه سنی شروع کردید؟**

م- شاهرخی ۳۱ ساله هستم. مهندس عمران و کارمند. در خانواده ما هیچ کس سیگاری نبود. مدتی برای کارم در شهرستان تنها زندگی می‌کردم و از روی کنجکاوی اولین پک سیگار را در سن ۲۱ سالگی تجربه کردم.

**۲- چه مدتی است که سیگار کشیدن را ترک کردید؟**  
حدوداً ۴۰ روز است که سیگار نکشیدم.

**۳- از احساساتان در دوران ترک سیگار برای ما بگویید؟**

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

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

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



نسبت به گذشته احساس راحت‌تری دارم. رنگ و رویم دیگر زرد نیست. چروک صورتم از بین رفته و راحت‌تر نفس می‌کشم. وقتی صبح‌ها از خواب بیدار می‌شوم دیگر حس‌خس نمی‌کنم. خلق و خویم نیز عوض شده است. کمتر عصبانی می‌شوم. در جمع اقوام و دوستان بیشتر حاضر می‌شوم. هر چند که اقوام می‌دانستند که من سیگار مصرف می‌کنم ولی من در خفا سیگار می‌کشیدم.

**۴- از سختی‌های خود در این مدت که سیگار نکشیدید برای ما بگویید؟**

چون دارو مصرف می‌کردم سختی زیادی نکشیدم ولی زمانی که سیگار می‌کشیدم بدنم بی‌حس می‌شد ولی جالب است که الان اصلاً بدنم بی‌حس نمی‌شود. من حدود ۱۰ سال سیگار کشیدم و این مدت زمان کمی نیست. قبل از ترکم وقتی سیگار کشیدم دیر می‌شد احساس می‌کردم که یک چیز را از دست دادم ولی الان با وجود اینکه ۴۰ روز از ترکم می‌گذرد اصلاً این احساس را ندارم.

**۵- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟**

من درک می‌کنم که آنها چه می‌کشند. افراد سیگاری تنفرآور نیستند ولی اگر سیگار کشیدن را کنار بگذارند بهتر است. من چون چند بار سیگار کشیدن را کنار گذاشتم و مجدد شروع کردم، این طور فکر می‌کنم که راه‌های خودم علمی نبوده است بنابراین شرکت در این کلاس‌ها به آنها کمک بهتری می‌کند. به نظر من سیگار کشیدن افراد را از انسانیت دور می‌کند و ترک آن به زندگی یک رنگ طبیعی می‌دهد.

**۶- از خاطرات تلخ و شیرینتان برای ما بگویید؟**

در این مدت که در ترک بودم چندین بار تصادف کردم چون خیلی هوس سیگار می‌کردم ولی با نفس خودم مبارزه کردم و چون حواسم پرت می‌شد با ماشین یا با موتور تصادف می‌کردم و این جزء خاطرات تلخ من بود و هیچ خاطره شیرینی نداشتم چرا که سیگار کشیدن فقط دردسر است و از هر طرف که به آن نگاه کنی شیرینی ندارد.

**۷- در صورتی که بعد از ترک مجدداً هوس سیگار کشیدن کردید چه می‌کنید؟**

حواسم را به چیزهایی که دوستشان دارم پرت می‌کنم و به سختی‌های این چند روز فکر می‌کنم تا دیگر به سمت دخانیات نروم. من با اجبار کسی سیگار کشیدن را ترک

کردم چرا که خواستم برای سلامتی‌ام سیگار را ترک کنم.

**۸- با درمانگاه ترک سیگار بیمارستان مسیح دانشوری چه طور آشنا شدید؟**

از طریق اینترنت. وقتی دیدم به محل زندگیم نزدیک است و به کارم هیچ لطمه‌ای نمی‌زند به این بیمارستان مراجعه کردم.

**۹- فرض کنید مسیر زندگی شما تا این بیمارستان دور بود آنوقت چه می‌کردید؟**

نمی‌دانم ولی شاید یاز هم به این درمانگاه می‌آمدم چرا که در تصمیمم مصمم بودم.

**۱۰- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟**

به عنوان یک برادر به آنها می‌گویم که سیگار خود را ترک کنند. در طول این ۱۰ سال که سیگار کشیدم نگاه دیگران نسبت به من عوض شد. با وجود اینکه من کارمند شرکت خصوصی هستم ولی در محیط کارم فرد سیگاری خیلی کم است. البته در گذشته اصلاً این طور نبود شاید این مسئله به خاطر آگاهی زیاد مردم از مضرات دخانیات باشد که مصرف دخانیات در یک جامعه کوچک مثل محیط کار اینجانب عوض شده است.

**۱۱- از تصمیمتان برای آینده به ما بگویید؟**

هر کاری می‌کنم به جز سیگار کشیدن.

**۱۲- اگر فرزند داشتید برای اینکه او به سمت دخانیات نرود چه می‌کردید؟**

با او رفتار دوستانه همراه با صمیمیتی داشتم چرا که به نظر من اگر خانواده‌ها فرد را مجبور به ترک سیگار نکنند هرگز موفق نخواهند شد.

**۱۳- آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟**

بله. آسیب دیدن به ریه‌ها، تیرگی پوست، خرابی دندان‌ها، تنگی نفس و ... همه از مضرات مصرف سیگار است ولی به نظر من از همه مهمتر سخت مردن است چرا که در نهایت همه انسان‌ها باید بمیرند ولی چه طور مردن خیلی مهم است.

من توانستم و شما هم می‌توانید  
۱۰مین امروز سیگار را ترک کنید  
گیا رفوز نوروز ۱۳۹۰ شماره تماس: ۰۲۱-۸۹۱۸۱۰۰

۲- تکوینی

## خدمتی نو در ارتقاء سلامت جامعه راه‌اندازی اولین تلفن گویای مشاوره ترک سیگار در کشور

بعد از تأسیس اولین کلینیک ترک سیگار کشور در منطقه ۱۴ شهرداری تهران در سال ۱۳۷۷ توسط مرکز تحقیقات بیماری‌های ریوی و راه‌اندازی اولین درمانگاه مشاوره فردی ترک سیگار در بیمارستان مسیح دانشوری در سال ۱۳۸۲ و نیز اولین خط تلفنی مشاوره ترک سیگار با پزشک در سال ۸۴ توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، اینک اولین تلفن گویای مشاوره ترک سیگار توسط این مرکز راه‌اندازی شده است.

از آنجائیکه خط تلفن مشاوره ترک سیگار در زمان محدودی خدمات را ارائه می‌داد و بواسطه وجود متقاضی زیاد معمولاً با شلوغی خطوط مواجه بودیم این فکر بوجود آمد تا خدمتی جدید برای افراد سیگاری مهیا کنیم تا این عزیزان بتوانند در تمامی ساعات شبانه روز سئوالات و مشکلات خود را از این طریق برطرف نمایند و انتظار طولانی را تجربه نکنند. این خدمت که از طریق شماره‌های ۳-۲۷۱۲۲۰۵۰ قابل دستیابی است در نوع خود بی نظیر است. از آنجایی که موارد مشابه آن به صورت ابتدایی فقط در کشورهای انگلستان، ایرلند و برزیل وجود داشته است می‌توان آن را پیشرو دانست زیرا علاوه بر دادن اطلاعات لازم جهت ترک سیگار به صورت هوشمند فرد سیگاری را ارزیابی نموده و توصیه‌های مناسب برای وی را در خصوص برنامه ترک و استفاده از داروهای لازم را برقرار می‌کند. همچنین در مورد مضرات سیگار توضیحات مفصلی ایراد می‌کند. یکی از شاخه‌های این خط توضیح دادن موارد بهداشتی استفاده از قلیان است که در ارتقاء سطح آگاهی عمومی بسیار کمک کننده خواهد بود و این یکی از موارد بی نظیر این خط تلفنی می‌باشد. عزیزانی که با این خط تماس می‌گیرند در منوی اصلی

با شاخه‌های ارزیابی فرد سیگاری، روش‌های ترک سیگار، داروهای مورد استفاده، مضرات قلیان، مراکز ارائه دهنده خدمات مربوطه و بیماری‌های مرتبط با سیگار و بسیاری موارد دیگر آشنا خواهند شد. همچنین افراد می‌توانند بعد از راهنمایی‌های اولیه با پزشک مربوطه در بیمارستان مسیح دانشوری نیز مشاوره تلفنی داشته باشند.

امید است این خدمات بتواند شرایط تازه‌ای برای ارتقاء سطح سلامت جامعه از طریق افزایش آگاهی افراد درباره مضرات سیگار و کاهش موارد استفاده از دخانیات را فراهم آورد که این از اهداف اصلی در برنامه استراتژیک مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

## حضور فعال مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در روز جهانی COPD

مراسم روز جهانی COPD اسفال در ۲۵ آبان ۱۳۸۹ در روز جهانی COPD (شانزدهم نوامبر) به همت گروه گارد ایران (مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی)، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی (بیمارستان مسیح دانشوری) و با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات و شهرداری تهران با حضور سه پزشک فلوی فوق تخصص ریه و سه پزشک همکار دخانیات و سه مسئول انجام تست ریه و کارشناس مرکز تحقیقات دخانیات در سه پایگاه مردمی در سطح شهر تهران برگزار شد تا خدمات رایگان به همشهریان تهرانی ارائه نمایند. پزشکان این مرکز به مشاوره و ویزیت بیماران سیگاری، و آشنا کردن بیماران با خدمات ترک سیگار مرکز تحقیقات دخانیات و آگاهی دادن به مردم درباره مضرات دخانیات و ارتباط بیماری آنها با سیگار پرداختند.

لازم به ذکر است در هر سه پایگاه مردمی، ماهنامه پیشگیری و کنترل دخانیات و بروشور و پمفلت این



مرکز به صورت رایگان توزیع گردید. در پایان فرصتی پیش آمد که با یکی از پزشکان حاضر در این کلینیک صحبتی داشته باشیم.

**۱- جناب آقای دکتر لطفا خودتان را معرفی کنید:**  
دکتر فرید عزیزی هستم دستیار فوق تخصص ریه بیمارستان مسیح دانشوری. پزشکی عمومی خود را از تبریز، تخصص خود را در رشته داخلی از دانشگاه قزوین و فوق تخصص خود را در دانشگاه شهید بهشتی گرفته‌ام. یک سال به عنوان پزشک داخلی در بندرعباس مشغول فعالیت بودم.

**۲- لطفا در مورد ارتباط دخانیات و COPD برای خوانندگان این مجله توضیح دهید:**  
بین مصرف دخانیات و بیماری COPD ارتباط مستقیم وجود دارد و بهتر بگویم اصلی‌ترین علت این بیماری مصرف دخانیات است.

**۳- به عنوان یک پزشک توصیه شما به مردم چیست؟**  
اگر آگاهی از عوارض دخانیات دارند هرگز به سراغ آن نروند اگر هم از عوارض آن بی اطلاع هستند ضمن کسب اطلاع، سیگار خود را ترک کنند.

**۴- توصیه شما به مسئولین چیست؟**  
به نظر من باید به مردم آموزش مستمر داده شود به عنوان مثال فعالیت مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات در روز COPD یک کار فرهنگی است و این اطلاع رسانی باعث می‌شود که مردم کمتر سراغ دخانیات بروند.

**۵- آیا با فعالیت‌های مرکز تحقیقات دخانیات آشنایی دارید؟**

خیر، اینجانب حدوداً ۲ ماه در این مرکز (پژوهشکده سل) مشغول هستم و تا پایان ۲ سال دیگر نیز در این مرکز مشغول هستم و تمایل دارم که با این مرکز فعالیت داشته باشم.

**۶- خدمات مرکز تحقیقات دخانیات را در روز جهانی COPD چگونه ارزیابی می‌کنید؟**  
اطلاعات کافی از خدمات شما ندارم ولی طبعاً باید فعالیت شما بیشتر شود.

**۷- با توجه به اینکه شایع‌ترین علت بیماری COPD مصرف دخانیات است چه راه‌کارهایی برای کنترل بیماری COPD پیشنهاد می‌کنید؟**

اولین اقدام آموزش لازم به مردم از عوارض دخانیات سپس کاهش تولید و واردات سیگار می‌باشد.

## جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید

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

- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
- بیمارستان کسری
- منطقه پارس جنوبی
- شهرداری تهران
- فروشگاه‌های زنجیره‌ای شهروند



## قلیان آزاد است اما نه برای زنان

### آلودگی پر فروش ترین سیگار قاچاق کشور به مواد هسته‌ای

به گفته دبیر اجرایی جمعیت مبارزه با دخانیات، هدایت کننده واردات پر فروش ترین سیگار ایران کمپانی «فلیپ موریس» است که سهمیست‌ها آن را مدیریت می‌کنند. دبیر اجرایی جمعیت مبارزه با دخانیات با تأیید آلوده بودن یکی از مارک‌های معروف سیگارهای قاچاقی در ایران به مواد هسته‌ای و هموگلوبین خوک اظهار داشت: شرکت دخانیات باید بر روند توزیع سیگار نظارت کند تا این قبیل مواد خطرناک به مواد موجود در سیگارها اضافه نشود.

دکتر محمدرضا معدنی در گفتگو با خبرگزاری مهر اظهار داشت: کمپانی‌های بزرگ تولید سیگار در دنیا برای اینکه بتوانند بازار فروش خود را بالا ببرند از ترندهای گوناگونی استفاده می‌کنند.

وی با بیان اینکه سیگار ذاتا بیماریزا و مرگ‌آور است تأکید کرد: بعضی برندها و مارک‌های معروف سیگار در دنیا مثل مارلبورو که بیشترین حجم سیگار قاچاق کشور را به خود اختصاص داده‌اند آلوده به مواد هسته‌ای هستند.

معدنی ادامه داد: چند سال پیش طی گزارش محرمانه‌ای که در مورد محصولات این شرکت خارجی منتشر گردید اعلام شد در داخل سیگار تولیدی این کمپانی مواد هسته‌ای به کار رفته است و شرکت دخانیات ایران نیز عنوان داشت وجود هموگلوبین خوک در این سیگارها به اثبات رسیده است.

وی گفت: شرکت دخانیات موظف است بر روند توزیع سیگار نظارت کند تا این قبیل مواد خطرناک به مواد موجود در سیگارها اضافه نشود.

شرکت دخانی چندملیتی فلیپ موریس تولیدکننده سیگار «مارلبورو» و «مریت» دارای چهار بازار اصلی اتحادیه اروپا، شرق اروپا و خاورمیانه و آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین و کانادا است که محصولاتش در ۱۶۰ کشور جهان به فروش می‌رسد.

رئیس اتحادیه قهوه‌خانه‌های تهران گفت: هیچ منعی برای ارائه قلیان به آقایان در سفره خانه‌های سنتی دارای مجوز وجود ندارد اما خانم‌ها همچنان امکان مصرف آن را ندارند.

عباس علایی در گفت‌وگو با خبرنگار ایلنا، با بیان این مطلب که ما خواهان برخورد با سفره‌خانه‌های سنتی و اماکن بدون مجوز در ارائه قلیان هستیم گفت: براساس سیاست دولت تنها سفره‌خانه‌های سنتی و رستوران‌هایی که دارای مجوز رسمی از اتحادیه قهوه خانه‌های تهران هستند می‌توانند به مشتریان خود قلیان ارائه کنند.

وی همچنین با عنوان این مطلب که ارائه قلیان به زنان کشور در سفره‌خانه‌های سنتی کشور همچنان ممنوع است، گفت: آقایان نیز با شرایط سنی خاص می‌توانند از قلیان استفاده کنند.

رئیس اتحادیه قهوه‌خانه‌های تهران تصریح کرد: بحث قلیان نیز مانند توتون و تنباکو است قاعدتا ما باید براساس نیاز بازار نسبت به تولید آنها اقدام می‌کنیم، هر گونه برخورد غیرقانونی با ارائه این ماده دخانی موجب می‌شود مانند سال ۸۶ استفاده از آن به لایه‌های پنهان جامعه برود. هرگونه پنهان کاری و یا برخورد با ارائه قلیان در سفره‌خانه‌های سنتی کشور تنها موجب سوء استفاده سودجویان از فضای ابهام‌آلود آن خواهد شد.

علایی با بیان این مطلب که مسوولین کشور نیز با آگاهی از تبعات پنهان کاری در ارائه قلیان در قهوه خانه‌ها، سفره‌خانه‌های سنتی و برخی اماکن دیگر خواهان عدم برخورد با ارائه این ماده دخانی بوده‌اند متذکر شد: دستوری که رئیس جمهور در آزادی امکان ارائه قلیان در اماکن دارای مجوز صادر کرده است نیز بر همین اساس بوده است.



## خطر، پشت در خانه شماست!

شاید بشود گفت مؤثرترین و مهم‌ترین مورد برای پیشگیری از مصرف سیگار بچه‌ها خود ما والدین هستیم. اگر خودمان سیگار بکشیم اما در مورد مضرات سیگار و مشکلاتی که ایجاد می‌کند صحبت کنیم و یا از ته دل آرزویمان این باشد که فرزندمان سراغ آن نرود و تلاش‌هایی هم انجام دهیم اما باز واقعیت این است که فرزند ما در معرض ریسک بزرگی است. مهم‌ترین الگوهای تربیتی برای فرزندمان خود ما هستیم. شاید شما جز آن دسته از والدینی باشید که سیگار می‌کشند اما دلشان می‌خواهد ترک کنند و از آن مهم‌تر فرزندشان دچار این عادت مخرب نشود. قدم اولی که می‌توانید برداریم این است که حداقل در خانه و در جلوی فرزندتان سیگار نکشید. علاوه بر اینکه خود ما باید به آنچه اعتقاد داریم، عمل کنیم. اما علاوه بر آن موارد دیگری نیز وجود دارد که بهتر است به آنها توجه داشته باشیم.

### راه درست مقابله

متأسفانه خیلی از بچه‌ها و البته بزرگ‌ترها با راه‌های درست کاهش فشار و استرس آشنا نیستند و نمی‌دانند چه طور می‌توانند آرامش از دست رفته را دوباره به دست بیاورند. در این شرایط بسیاری از افراد وسوسه می‌شوند با پیشنهاد یک راه غلط به عنوان راهی مؤثر برای کاهش استرس. آن را امتحان کنند. تا زمانی که فرزندتان یاد نگرفته چه طور مشکلاتش را با کمترین عوارض حل کند، نمی‌توان از او انتظار داشت که در زمان مواجهه با مشکلات تصمیم درست بگیرد. تا وقتی بچه‌ها راه‌های مقابله با فشار و استرس را یاد نگرفته باشند احتمال به خطا رفتن آنها زیاد است.

### تخصص و اعتماد

اگر سبزی فروش محله‌ی شما در مورد میزان مقاومت ساختمان سر کوجه برای شما توضیحاتی بدهد، چه قدر احتمال دارد حرف‌های او را باور کنید؟ احتمال دارد تا حدی بپذیرید، اما بعید می‌دانم که کاملاً بتوانید به صحبت‌های او اعتماد کنید. چرا که او متخصص این امر نیست. در رابطه با موضوعات دیگر نیز همین طور است، معمولاً وقتی متخصص امری با صداقت تمام و بدون سوگیری در مورد موضوعی

اطلاعاتی را به ما می‌دهد، خیلی راحت‌تر صحبت‌های او را می‌توانیم بپذیریم. دادن اطلاعات کامل و درست در مورد مضرات سیگار و عوارضی که دارد و بحث و گفتگو در مورد آنها با فرزندتان را در برنامه بگذارید. البته اگر این اطلاعات از جانب فردی مثل پزشک مورد اعتماد فرزندتان باشد، اثر بهتری می‌تواند بگذارد، چرا که به هر حال صحبت یک متخصص برای او نیز اعتبار بیشتری دارد.

### واقعیت‌های پنهان

در مورد سیگار اثرات مثبتی نیز گفته می‌شود، البته همانند که بیشتر این اثرات مثبت را افراد سیگاری مطرح می‌کنند و در مورد صحت و درستی آن بحث‌های زیادی وجود دارد. بسیاری از افراد شاید با شنیدن اثرات مثبت سیگار به سمت آن کشیده شوند چرا که نمی‌دانند دستیابی به این اثرات مثبت ادعا شده چه عوارضی دارد. در عین حال که از روش‌های کم‌عارضه برای دستیابی به آن اهداف نیز بی‌خبرند. در این رابطه نیز سعی کنید اطلاعات خوبی در اختیار فرزندتان بگذارید و واقعیت‌های اثرات مثبت ادعا شده را نیز برای آنها بیان کنید.

### بزرگ شدن و مصائب آن

سیگار کشیدن در مراحل ابتدایی برای بسیاری از افراد نشانه‌ای از بزرگ‌شدن است. بسیاری از بچه‌ها بزرگ می‌شوند، اما هنوز والدینشان با آنها مثل زمانی که بچه‌های دبستانی یا قبل از آن بودند، رفتار می‌کنند. وقتی نوجوان شما می‌خواهد نشان دهد بزرگ شده، اما شما به او اجازه نمی‌دهید تا مسؤلیت‌هایی متناسب با سنش را بر عهده بگیرد، آزادی‌هایی متناسب با سنش داشته باشد و بتواند به صورتی نسبتاً مستقل تصمیماتی بگیرد. در واقع انتخاب‌های او را برای نمایش بزرگ‌شدنش محدود کرده‌اید و احتمال این که او انتخاب‌های غلطی داشته باشد را افزایش داده‌اید.

### دیدار با دوستان

هر چه قدر هم که فرزندتان از نظر روانی قوی باشد، باز این دلیل نمی‌شود که روی او نظارتی نداشته باشید. سعی کنید دوستان فرزندتان را بشناسید، یادتان باشد شرط اول برای اینکه فرزندتان بخواهد تمایلی به انجام این کار داشته باشد، این است که برای دوستان او احترام قائل شوید و اگر انتقاداتی را به رفتار آنها وارد می‌دانید، نخواهید در همان دیدار اول مطرح

کنید. ارتباط داشتن با والدین دوستان فرزندان و صحبت با آنها در زمانی که مسأله‌ای وجود دارد، می‌تواند مشکلات را تا حد زیادی برطرف کند.

**همه با هم**

سعی کنید ارتباطات خانوادگی‌تان را تقویت کنید. خوردن یک وعده غذا یا حضور همه‌ی اعضای خانواده در شبانه‌روز و هفته‌ای یک بار بیرون رفتن با همدیگر را فراموش نکنید. سعی کنید ارتباطات کلامی با فرزندان‌تان را حفظ کنید و در مورد موضوعات مختلفی که مورد علاقه‌ی آنهاست کمی اطلاعات به دست بیاورید. به عنوان مثال اگر فرزندان عضو تیم والیبال مدرسه است، در مورد بازی‌های آنها و نتایج و همبازی‌های آنها اطلاعات کسب کنید و نشان دهید که به علایق او احترام می‌گذارید.

**استفاده درست از سرمایه‌ها**

گاهی اوقات در روابط ما در گذشته اتفاقاتی افتاده که باعث شده نتوانیم با فرزندان تعاملات خوبی داشته باشیم. در عوض غصه خوردن می‌توانید از دوستان و آشنایانی که فرزندان آنها را قبول دارد، کمک بگیرید. به عنوان مثال اگر فرزندان با دایی یا عمه‌اش رابطه‌ی خوبی دارد، می‌توانید از آنها بخواهید که در مورد موضوعات مرتبط با سیگار با فرزندان صحبت کنند. البته لطفاً خودتان هم برای بهبود روابطتان از همین حالا فکری کنید و سعی کنید قدم‌هایی برای این کار بردارید.

**برنامه‌ریزی**

متأسفانه خیلی از زمان‌هایی که بچه‌ها دور هم جمع می‌شوند به بطالت می‌گذرد. گپ می‌زنند، فیلمی می‌بینند و یا بازی‌های رایانه‌ای انجام می‌دهند. سعی کنید فرزندان را به انجام فعالیت‌های مشخص‌تری سوق دهید. انجام فعالیت‌های ورزشی برای همه‌ی سنین مناسب است. به عنوان مثال فرزندان را تشویق کنید تا با دوستانش در باشگاه نام‌نویسی کند، یا با هم برای جمعه صبح‌ها قرار بگذارند. یکی از فواید مهم ورزش کردن این است که ورزش و سیگار با هم نمی‌توانند جمع شوند.

ضمیمه خانواده روزنامه اطلاعات - ۸ آبان ۱۳۸۹

## تأثیر اقدامات بازدارنده اجتماعی در کاهش گرایش به دخانیات

تصویرهای دلخراش یا تأثیرگذاری که حریف می‌طلبند «خودتان قضاوت کنید: زندگی یا مرگ» از هنگامی که این جمله به همراه تصاویری از ریه‌ای سالم و ریه‌ای بیمار بر روی پاکت‌های سیگار نقش بست. به این امید که دیدن این تصویرها افراد سیگاری را متنبه یا تشویق کند تا سیگار کشیدن را کنار بگذارند یا دست‌کم از میزان مصرف آن بکاهند و از سویی غیرسیگاری‌ها را نیز در تصمیم‌شان به نکشیدن سیگار مصر کند.

حدود یک سال پس از اجرای این طرح همچنان بحث‌ها و ارائه نقطه نظرها درباره کارآمد و مفید بودن آن ادامه دارد. توزیع سیگارها با تصاویر هشداردهنده در واقع بخشی از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی مبنی بر شروع کارزاری با شرکت همه کشورها برای کاهش مصرف سیگار در بین گروه‌های مختلف مردم است.

افزایش قیمت سیگار و چاپ تصاویر هشدار دهنده با تصاویر ضد مصرف سیگار بر روی پاکت‌های سیگار از مفاد این دستورالعمل‌اند. سال ۲۰۱۲ تاریخی است که سازمان بهداشت جهانی به مطالعه و بررسی عملکرد کشورها در این باره خواهد پرداخت تا ضریب موفقیت یا شکست طرح یا اجرا شدن و نشدن آن را در کشورها جویا شود.

هرچند تاکنون آمارهای ارائه شده از سوی این سازمان نشانگر کاهش ۱۵ درصدی مصرف سیگار در کشورهایی است که اقدام به چاپ این تصاویر بر روی پاکت‌های سیگار کرده‌اند.

**تلاش برای ترک دادن ۱۰ میلیون سیگاری در کشور**  
گفته می‌شود سیگار حاوی حدوداً چهار هزار نوع ماده مضر برای سلامتی انسان است. همچنین مصرف سیگار در کنار نداشتن تحرک و فعالیت بدنی، اضافه وزن و نداشتن رژیم غذایی متعادل و سالم عامل مرگ و میر و بروز انواع ناراحتی قلبی و عروقی است.

ایران هر سال حدود یک هزار و ۴۶۰ میلیارد تومان هزینه می‌کند تا ۲۱ میلیارد نخ سیگار وارد کشور شود. با این حال نه فقط از تعداد سیگاری‌ها کاسته نمی‌شود بلکه به نظر می‌رسد فراگیری سوء مصرف سیگار در



بین گروه‌های سنی و جنسیتی و طبقات مختلف تحصیلی و اجتماعی در حال گسترش است. تاکنون آمارهای رسمی از وجود ۱۰ میلیون سیگاری در کشور خبر می‌دهند. این در حالی است که مطالعات، متوسط سن سیگاری‌ها در ایران را ۳۵ سال نشان می‌دهد. مینو نادرپژوه کارشناس مسئول بهداشت در این باره می‌گوید: «این میانگین سنی هشدار است تا بدانیم جمعیت جوان کشور چگونه در معرض سوء مصرف دخانیات قرار دارد و این که در اجرای طرح‌ها و برنامه‌هایی که به کاهش آمار مصرف‌کنندگان سیگار بینجامد پشتکار و جدیت بیشتری نشان بدهیم. بسیاری از کشورهای دنیا در این زمینه پیشقدم بوده‌اند. نباید تصور کنیم که در مقوله‌ای مانند گرایش به مصرف سیگار فقط میل و انتخاب شخصی مؤثر است. چراکه تمایل و انتخاب شخصی نیز تحت تأثیر محیط اطراف فرد شکل می‌گیرد. بنابراین هر چه بازدارنده‌های محیطی بیشتر باشد گرایش فرد به مصرف سیگار کمتر خواهد بود. از همین رو چاپ تصاویر هشداردهنده بر روی پاکت‌های سیگار یا ممنوعیت فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال طرح‌هایی هستند که ناخودآگاه در کاهش مصرف سیگار مؤثر خواهند بود.»

### سیگاری‌ها جدی نگرفتند، غیرسیگاری‌ها استقبال کردند

خرداد ماه سال ۸۷ رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت از تصویب ضوابط درج تصاویر هشداردهنده بر روی سیگار در سناد کشوری اجرای قانون جامع دخانیات خبر داد و گفت: مطابق این ضوابط، تصاویر هشداردهنده بر روی سیگارهای داخلی و وارداتی درج می‌شود. تقریباً شش ماه پس از این اعلام رسمی به تدریج پاکت‌های سیگار حاوی تصاویر هشداردهنده وارد بازار شدند.

نخستین برخوردها البته میان گروه‌های مصرف‌کننده سیگار و کسانی که با مصرف سیگار میانه‌ای نداشتند، متفاوت بود. هر چه سیگاری‌ها با طنز و شوخی در پی جدی نگرفتن این طرح و داد سخن دادن درباره موفق نبودن آن بودند، در مقابل بسیاری از خانواده‌ها و افراد غیرسیگاری یا خوشحالی از این طرح یاد و استقبال می‌کردند.

این دو دیدگاه هنوز هم ادامه دارد. تقریباً یک سال پس از پیاده شدن طرحی که به هر حال حاکی از یک حرکت

جدی برای تحت تأثیر قرار دادن مصرف‌کنندگان سیگار بود. سیگاری‌های قهاری هستند که پس از سال‌ها کشیدن سیگار اکنون به فکر افتاده‌اند که فکری برای این عادت مضرشان کنند و البته کسانی هم هستند که اگر سیگار کشیدن حکم تفریح و پک زدن‌های گاه و بیگاه برایشان داشت با دیدن این تصاویر به فکر افتادند در رفتارشان تجدیدنظر کنند.

نتیجه هر چه بود، این طرح همچنان ادامه دارد. هر چند که آمار نهادها و مراکز دولتی حکایت از موفقیت آن و در نتیجه کاهش جمعیت سیگارهای کشور دارد.

نتایج یک تحقیق از سوی جمعیت مبارزه با دخانیات از موافقت ۶۰ درصد سیگاری‌ها با چاپ تصاویر هشداردهنده روی پاکت‌های سیگار خبر می‌دهد. نادرپژوه در این باره می‌گوید: «این تصاویر نشان‌دهنده اعضای بدن انسان به هنگام سلامت و بیماری در اثر مصرف دخانیات هستند. بنابراین بدیهی است کسی به فکر سلامتی‌اش باشد تحت تأثیر این تصاویر قرار می‌گیرد. حتی در یک تحقیق بر روی یک جامعه آماری نمونه یا میانگین سن ۲۴ سال، برخی پاسخ دهنده و شرکت‌کننده‌ها در تحقیق برای نشان دادن احساس و نظر خود درباره این تصاویر از واژه‌هایی مانند چندان‌آور استفاده کرده بودند. تصور کنید اگر کسی از دیدن این تصاویر احساس بد و ناراحت‌کننده‌ای داشته باشد و همین تصویر، در احساس او به هنگام کشیدن سیگار هم تأثیر بگذارد، مطمئناً در تصمیم‌اش تجدیدنظر خواهد کرد. حتی در پژوهشی که به آن اشاره کردم برخی افراد سیگاری گفته بودند روزهای نخست دیدن پاکت‌های سیگار با تصاویر هشداردهنده، سعی می‌کردند پاکت‌های سیگار را طوری روی میز کار یا داخل کیفشان قرار بدهند که تصویرهای روی آن مشخص و در معرض دیدشان نباشد.»

### مجموعه‌ای از همه طرح‌ها

حسین صدرمنش روانکاو معتقد است: «همه طرح‌ها برای جلوگیری از سوء مصرف مواد مخدر یا دخانیات نیازمند تجدیدنظر هستند. در این باره نیز علاوه بر چاپ جملات و تصاویر هشداردهنده خوب است در زمینه‌هایی چون درمان‌های گروهی، برگزاری دوره‌های روان‌درمانی برای ایجاد انگیزه ترک در افراد، آموزش به خانواده‌های افراد سیگاری و یا خانواده‌هایی که فرزند نوجوان و جوان دارند نیز اقدام شود.»

## دردسر سیگاری‌ها در ژاپن

سیگاری‌های ژاپنی در آستانه افزایش قیمت دخانیات در روز اول اکتبر در حال خریدن، انبار کردن یا حتی دزدیدن سیگار هستند.

به گزارش خبرگزاری فرانسه افزایش مالیات بر سیگار که باعث خواهد شد قیمت برخی از برندها تا ۲۵ درصد افزایش یابد، باعث شده است خرده‌فروشان سیگار با هجوم افراد برای خرید سیگار روبه‌رو شوند. فروشگاه لاوسون، یک فروشگاه زنجیره‌ای که بهشت سیگاری‌های ژاپن محسوب می‌شود، اعلامیه‌ای را نصب کرده است با این مضمون «آیا انبار کردن را تمام کرداید؟»

در توکیو سیگار کشیدن در کافه‌ها و رستوران‌ها آزاد است، اما سیگار کشیدن در پیاده‌روها ممنوع است. سخنگوی فروشگاه‌های زنجیره‌ای لاوسون گفت: «ما انتظار هجوم مردم برای خرید سیگار را داریم، به خصوص در روز پیش از افزایش قیمت.» «همه فروشگاه‌های ما میزان ذخیره سیگارشان را افزایش داده‌اند.»

گزارش‌ها حاکی از آن است که نرخ افزایش قیمت سیگار به افزایش شمار دزدی سیگار هم انجامیده است. در شهر روستایی موکا، در ۱۰۰ کیلومتری شمال توکیو، یک مرد بیکار ۴۷ ساله روز یکشنبه به خاطر سعی برای فرار کردن با دو کارتن سیگار دزدی از یک سوپرمارکت دستگیر شد.

دولت ژاپن به شرکت دخانیات این کشور که بازار سیگار را تحت کنترل دارد، اجازه داده است تا قیمت سیگار را حدود ۱۰۰ ین (۱/۳ دلار) به ازای هر بسته حاوی ۲۰ نخ سیگار بالا ببرد.

قیمت برند پرطرفدار «مایلد سون» از ۳۰۰ ین به ۴۱۰ ین به ازای هر بسته سیگار افزایش خواهد یافت. قیمت سیگار سون استار از ۳۰۰ ین به ۴۴۰ ین افزایش می‌یابد. دولت ژاپن ظاهراً امیدوار است که قیمت‌ها را تا حد ۷۰۰ ین به ازای هر پاکت سیگار بالا ببرد که نزدیک به قیمت سیگار در اروپا و آمریکای شمالی است.

## ایالات متحده بدون قبول معاهده کنترل دخانیات به مفاد آن عمل می‌کند

ایالات متحده بدون قبول معاهده جهانی کنترل دخانیات به مفاد آن به صورت جدی عمل می‌کند. در تاریخ ۱۰ نوامبر ۲۰۱۰ برجسب‌های هشدارهای بهداشتی مصور جدیدی با عکس‌های جدی و تکان دهنده‌تر از پیش به منظور مبارزه با تبلیغات دخانی در ایالات متحده ارائه شد.

مطابق قانون سال ۲۰۰۹ درج هشدارهای بهداشتی مصور بزرگتر به جهت جلوگیری از شروع مصرف سیگار و کاهش میزان فعلی مصرف سیگار الزامی گشت. طبق آمار دولتی ایالات متحده در حال حاضر ۲۰/۶٪ بزرگسالان و ۱۹/۵٪ دانش‌آموزان دبیرستانی سیگار می‌کشند.



اداره نظارت بر غذا و دارو این سی و شش عکس جدید را مطرح کرده و قرار است این تصاویر تا ۲۲ اکتبر ۲۰۱۲ بر روی همه پاکت‌های سیگار در ایالات متحده درج شوند. این تصاویر شامل چنین هشدارهای است: «مصرف سیگار باعث مرگ شما می‌شود» که بر نیمه بالایی پاکت سیگار باید درج شود و نیمه پایینی به نام سیگار اختصاص دارد. این هشدارها بر روی ۵۰٪ از سطح پشت و روی پاکت سیگار به علاوه ۲۰٪ سطح بالایی ویژه تبلیغات درج می‌گردند.

این تغییر ظاهری چشمگیر بر روی پاکت‌های سیگار، بر تمامی شرکت‌های دخانیاتی از جمله Altria Group Inc تاثیر می‌گذارد. این شرکت، شرکت مادر شرکت‌های دخانی زیر می‌باشد:

Lorillard Inc. , Reynolds American Inc. , Philip Morris USA

The Wall Street Journal - November 11, 2010



## برنامه ترک سیگار بانک توسعه اسلامی

در ماه سپتامبر سال جاری مراسم افتتاحیه برنامه ترک سیگار برای اعضای گروه بانک اسلامی برگزار گردید. در این برنامه که در دفتر مرکزی بانک توسعه اسلامی اجرا شد، دکتر احمد نکتیک قائم مقام برنامه‌های سازمانی و شیخ عبدالعزیز السیف رئیس هیات مدیره این سازمان نیز حضور داشتند. این برنامه با همکاری موسسه خیریه آگاه‌سازی از مضرات مصرف دخانیات و مواد مخدر در مکه مکرمه و بخش بهداشت بانک توسعه اسلامی اجرا گردید. این مراسم با تلاوت قرآن مجید آغاز شد، سپس با سخنرانی دکتر احمد نکتیک ضمن خوش‌آمدگویی به حضار و تشویق به ترک سیگار آنها ادامه یافت. پس از آن مدیر خدمات اداری و همچنین رئیس بخش بهداشت این بانک به سخنرانی پرداختند که تأکیدشان بر اهمیت برنامه‌های ترک سیگار بود. در ادامه نوبت به موسسه خیریه مبارزه با دخانیات و مواد مخدر رسید که رئیس هیات

این اقدام، شکل تعدیل‌شده‌ای پیشنهاد نخست وزیر قبلی ژاپن برای افزایش مالیات دخانیات به اندازه ۳/۵ ین به ازای هر نخ سیگار یا ۷۰ ین به ازای هر بسته سیگار به هدف کاهش سیگار کشیدن مردم است. وزارت بهداشت ژاپن اعلام کرد تخمین زده می‌شود حدود ۶۸۰۰ نفر به علت سرطان ریه یا بیماری قلبی ناشی از استنشاق دود سیگار محیطی در هر سال در این کشور فوت کنند.

اما با وجودی که بسیاری از ژاپنی‌ها گفته‌اند که قصد ترک سیگار را دارند، افزایش مورد انتظار در قیمت سیگار باعث تشویق سیگاری‌ها به خریدن سیگار شده است و نه صرفنظر کردن آنها از خرید سیگار. شرکت دخانیات ژاپن واردات سیگار در ماه سپتامبر را به اندازه قیمت یک ماه واردات، یا حدود ۱۲ میلیارد نخ سیگار افزایش داد تا افزایش تقاضا برای سیگار را جابگو باشد.

فروشگاه‌های زنجیره‌ای وال‌مارت نیز گزارش دادند فروش سیگارشان در ۲۵ روز اول ماه سپتامبر نسبت به مدت مشابه در سال گذشته تقریباً دو برابر شده است. گزارش شد یک فرد در یک مغازه سیگارفروشی در منطقه کارگری اوتا در توکیو ۱۰۰ کارتون سیگار به قیمت ۳۰۰۰۰۰ ین خریده است.

اما افزایش قیمت سیگار به ترک سیگار بوسیله سیگاری‌ها کمک هم کرده است. بسیاری از افراد سیگاری در میانه سال ۲۰۰۶ که افزایشی به میزان کمتر در قیمت سیگار ۲۰ ین به ازای هر پاکت سیگار اعمال شد، سیگار را ترک کردند.

نسبت سیگاری‌ها به جمعیت مردان از ۸۳/۶ درصد در سال ۱۹۶۶، پس از آخرین افزایش قیمت به ۴۰/۲ درصد در سال ۲۰۰۷ رسید.

میزان سیگار کشیدن در میان مردان در سال گذشته در حد ۳۸/۹ درصد ثابت ماند و درصد زنان سیگاری ۱۱/۹ درصد بود.

یک نظرخواهی اخیر نشان داد که ۵۸ درصد افراد می‌گویند پس از افزایش قیمت سیگار در روز جمعه سیگار را ترک خواهند کرد.

Agence France-Presse (AFP), www.afp.com

The infographic 'ماده الحقیقه' (The Truth) lists various substances and their effects:

- اسیتون** (مزيل الصمغ)
- امونیا** (منظف ارضیات)
- نافتیل‌امین**
- یوریشین**
- میتانول** (وقود الصواريخ)
- القطران** (سبب لسرطان الرئة)
- بایرین**
- الزرنیخ** (سم الثعلب الأبيض)
- نافتالین** (قاتل الحشرات)
- مطهر ارضیات وادوات**
- نیکوتین** (مهد حشرات - مهد اطفال - مطهر مطبخ)
- بیوتین** (مغز الولاغات)
- کادمیوم** (سبب فقر بصریة و التسمم)
- بولونیوم** (۲۱۰)
- اول اکسید الکرین** (مخاد في مواد التسممات)
- د.د.ت.** (مهد حشري)
- بیشزبایرین**
- مادة تسبب السرطان**

Logos at the bottom include:
 

- Logo of the Ministry of Health and Social Welfare of the Kingdom of Saudi Arabia.
- Logo of the National Society for Human Rights.
- Logo of the National Society for Human Rights.

مدیره آن از همکاری با بانک توسعه اسلامی ابراز خرسندی نمود و بیان کرد که هدف شرکت‌های دخانی فقط به دست آوردن پول می‌باشد و به سلامت مردم نمی‌اندیشند. در این برنامه با ارائه پیشنهادها و نظرات یکی از اهداف اصلی بانک توسعه اسلامی را مبارزه جهانی علیه دخانیات برشمردند. هدایایی بین اعضا رد و بدل شد و در خاتمه بازدید از کلینیک سیار این موسسه خیریه صورت گرفت. این کلینیک بزرگترین کلینیک سیار خاور میانه بوده که هدایی از عربستان سعودی می‌باشد.

عبدالله سروجی، مدیر اجرایی موسسه خیریه مبارزه با دخانیات و مخدر مکه مکرمه

به سایر فروشندگان می‌دهد. این جمله گفته کارن ولان معاون مدیر عامل و شخصیت مهم یونیورسال می‌باشد. AOI تاجر تنباکو واقع در کارولینای شمالی می‌گوید: واحد فروش برزیل قراردادهای PMB را با حدود ۸۵۰۰ کشاورز منعقد کرده و برخی از نرم افزارهای مدیریتی موجود و دیگر دارایی‌های مربوطه را به PMB می‌فروشد. به گفته یونیورسال این شرکت بیش از ۲۰ درصد قراردادهایش را با کشاورزان در برزیل به امضاء رسانده است.

سهام PMI ۰/۷ درصد بالا رفته است. سهام AOI ۴ درصد پایین آمده و قیمت سهام یونیورسال در این معاملات ۱ درصد پایین آمده است.

منبع: رویترز/بست و سه ژوئن سال ۲۰۱۰/امیلی استفسون

## شرکت فیلیپ موریس (PMI) در معامله منبع توتون و تنباکو در برزیل

فیلیپ موریس اینترنشنال اعلام کرد که اخیراً معامله خرید برگ تنباکو را مستقیماً از ۱۷۰۰۰ کشاورز در جنوب برزیل انجام داده است.

یک مقام برزیلی، فیلیپ موریس گفت تنباکویی که طی توافق جدید خریداری شده پاسخگوی حدود ۱۰ درصد میزان تقاضای جهانی آن است و به این شرکت اجازه می‌دهد کاستی‌های هزینه را جبران کند و عرضه آن را با میزان تقاضای بازار هماهنگ نماید.

قرار است معاملات با «لینس وان اینترنشنال» (N. AOI) و «یونیورسال لیف تنباکو لمیتا» (UVVN) طبق بیاتیه شرکت تا پایان فصل سوم کامل گردد. معاملات باید مورد تأیید مقامات برزیلی هم برسد.

فیلیپ گورهام تحلیل‌گر مجله مورنینگ استار گفت: این حرکت احتمالاً PMI را از نظر مالی خیلی تحت تأثیر قرار نمی‌دهد زیرا هزینه‌های تنباکو درصد کوچکی از کل هزینه‌های عملکرد آن شرکت را نشان می‌دهد.

به گفته گورهام، این امر تغییر جدی در نحوه گرفتن تنباکوی خام می‌باشد که تأثیری بر درآمدهای آنها هرگز نخواهد داشت.

یونیورسال معامله مشابهی را در ایالت متحده انجام می‌دهد که به PMI اجازه خرید تنباکو و فروش آن را

## ممنوعیت سیگار کشیدن و ضربه اقتصادی وارد بر سیگارهای کوبایی

به گفته خبرگزاری رویترز مشکلات اقتصادی در سراسر دنیا و گستره جهانی ممنوعیت مصرف سیگار صنعت معروف سیگارسازی کوبا با مرغوب‌ترین نوع توتون و تنباکو را تا زیر ۱۴ درصد در سال ۲۰۰۹ تحت تأثیر قرار داده است. به نقل از گوئریدو حزب کمونیست ایالت در وسترن موست پینار دل ریو، محل عمل آمدن معروف‌ترین تنباکوی کوبا، برداشت این محصول از ۲۶ میلیون برگ در سال ۲۰۰۹ به ۲۲/۴ میلیون کاهش یافت. تنباکوی این ناحیه به عنوان برگ برای پیچیدن سیگار استفاده می‌شود و بخشی از مواد داخل نوارهای سیگارهای ممتاز کوبایی از جمله کوهیبا، مونترکیستو، تریتیداد و پارتاگاس را نیز تشکیل می‌دهند. این اخبار هفتگی می‌گوید: به دلیل محدودیت منابع که به واسطه بحران اقتصادی ایجاد شده، کاشت این محصول کاهش یافته است. سیگارهای با کیفیت کوبا در بازار جهانی هفتاد درصد فروش را به خود اختصاص داده‌اند. این سهم بازاری تضمین شده رشد برانگیز شامل ایالات متحده نمی‌باشد. در آنجا سیگارهای کوبا بر علیه این جزیره کمونیستی ممنوع اعلام شده است. اما این صنعت با تولید سیگارهای صادراتی که از ۲۱۷ میلیون در سال ۲۰۰۶ به ۱۲۳ میلیون در



۲۰۰۷ و فقط ۷۳ میلیون در سال گذشته کاهش یافته است. در سال‌های اخیر اوقات سختی را پشت سر گذاشته است. کوبا که با بحران مالی شدید مواجه است زمین‌های اختصاص داده به کاشت و برداشت تنباکوی معروف خود را سال گذشته بیش از ۳۰ درصد کاهش داده است.

فروش حاصل از صادرات سیگار از ۲۴۳ میلیون دلار در سال ۲۰۰۸ به ۲۱۸ میلیون دلار در سال ۲۰۰۹ کاهش یافت. در مقایسه مطالبات داخلی برای سیگارهای کم‌کیفیت که بهای کمی معادل چند سنت دارند و از تنباکویی ساخته می‌شوند که در جای دیگری در کشور عمل می‌آیند، نشان داد که نرخ سیگار میزان تقاضا را پایین نمی‌آورد.

به گفته دولت سال گذشته حدود ۳۰۰ میلیون نخ سیگار در مقایسه با ۲۷۸ میلیون نخ سیگار در سال ۲۰۰۸ تولید شد. توزیع‌کننده انحصاری سیگارهای کوبایی هابانسون س.آ قادر به سرمایه‌گذاری مشترک میان کوبا و شرکت سهامی عام اسپریال تنباکو غول تنباکوی انگلیس نخواهد بود.

حدود ۲۰۰۰۰۰ خانواده و کشاورز با زمین اختصاصی طبق قراردادی که با دولت دارند زندگی خود را از راه کاشت و برداشت این برگ گران‌بها می‌گذرانند. ده‌ها هزار کارگر با برداشت این محصول در هابانوس یا پوروس برای صادرات امرار معاش می‌کنند.

روشنر/ ۲۳ ژوئن ۲۰۱۰/ مارک فرانک

### مبارزه کشاورزان تنباکو در آسیا علیه قدغن شدن سیگار طعم دار

تولیدکنندگان توتون و تنباکو در آسیا برای یک جلسه دو روزه در اندونزی با یکدیگر ملاقات می‌کنند. این جلسه به دنبال پیشنهاد اخیر توسط سازمان بهداشت جهانی برای قدغن کردن مواد به کار رفته نظیر طعم میخک و طعم‌های دیگر در محصولات تنباکوی دیگر مطرح می‌گردد.

به گفته کشاورزان توتون و تنباکو در آسیا اگر این حکم سازمان بهداشت جهانی به اجرا گذاشته شود می‌تواند مشاغل میلیون‌ها کشاورز تنباکو را به خطر

بیاندازد. اندونزی بزرگ‌ترین تولیدکننده سیگارهای دارای طعم میخک در دنیا بوده و به شدت نگران این سیاست و قانون می‌باشد. عمل آورندگان تنباکو و توتون از هند، کره شمالی، مالزی، فیلیپین، تایلند و اندونزی در این گروه‌هایی در جاکارتا شرکت دارند. جلسه‌ای با این هدف برای اولین بار برگزار می‌گردد و اعضای آن امیدوارند که بازار تنباکوی آسیا بتواند برای محقق کردن اهدافشان اثرگذار باشد.

بزرگ‌ترین دغدغه آنها این است که چطور با پیشنهاد اخیر سازمان بهداشت جهانی بر سر قدغن کردن محصولات تنباکویی طعم دار برخورد کنند.

بر طبق اظهارات مجمع کشت‌کنندگان توتون و تنباکو در آسیا، این قانون باعث به خطر افتادن تقریباً ۵۰ میلیون شغل در منطقه می‌گردد. در اندونزی اغلب شرکت‌های دخانی محصول مورد نیاز خود را از منابع خارجی تأمین می‌کنند و کاشت این گیاه را به کشاورزان کوچکی می‌سپارند که زندگی خود را از این طریق تأمین می‌نمایند. ابدوس سیتاوان، رئیس مجمع کشاورزان تنباکو در اندونزی گفت: ۹۲ درصد سیگارهای ساخت کشور اندونزی، سیگارهای طعم میخک کرتک است.

«این یعنی فقدان مشاغل، یعنی مشکلی در برنامه‌های دولت برای مبارزه با فقر زیرا زندگی تعدادی از کشاورزان فقط به تولید این محصولات بستگی دارد.» در ماه سپتامبر ۲۰۰۹ ایالات متحده سیگارهای طعم دار را قدغن کرد.

براساس گزارش محلی، این اقدام تقریباً ۳۰۰ میلیون دلار خسارت به تنباکوکاران وارد کرد. اندونزی هم متعاقباً شکایت خود را به سازمان حمایت جهانی علیه ایالات متحده ارائه کرد و اظهار داشت که ممنوعیت غیرمنصفانه سیگارهای اندونزی را هدف قرار داده است.

BBC News / ۲۳ ژوئن سال ۲۰۱۰ / کاریشما واسوانی

توصیه شده ذیل در جهت کاهش مصرف دخانیات در فیلم‌ها حمایت می‌کنیم.

کافی است سازمان بهداشت جهانی، انجمن پزشکی آمریکا و سایرین، شامل بخشهای سرویس سلامتی و گروه‌های تحقیقاتی از صنعت فیلم بخواهند که این خط

مشی را در پیش بگیرند:

۱- تعهد بدهند که هیچ کس در بخش تولید هیچ کالای ارزشمند یا هزینه‌ای دریافت نکرده است که بجای آن استعمال دخانیات یا نمایش محصولات دخانی انجام بگیرد.



۲- به تبلیغات شدید ضد دخانیات در سالن‌های سینما، نمایش تئاترها و ویدئوها نیاز است. باید تبلیغات مؤثر ضد دخانیات را قبل از فیلم‌هایی که در آنها دخانیات وجود دارند به کار برد. (بدون توجه به درجه‌بندی فیلم)

۳- شناساندن اسامی محصولات دخانی متوقف شود. هیچ اسم مشخص‌کننده محصولات دخانی در فیلم‌ها، هیچ تصویر و یا تبلیغ مارک‌های دخانی در صحنه یا پشت صحنه استفاده نشود.

۴- فیلم‌های جدید حاوی دخانیات در رده R (بالای ۱۷ سال) درجه بندی شوند. تابلوهای درجه‌بندی فیلم در مورد فیلم‌هایی که مصرف دخانیات را نشان می‌دهد یا تبلیغات آن تصاویری از اسم سیگار را دارد باید درجه R را نشان دهد.

فیلم‌های هالیوودی کودکان را به سوی سیگار سوق می‌دهند. کارگردانان در این مورد چه می‌اندیشند؟

در حالی که فیلم نامزد اسکار ۲۰۰۲ که در درجه R قرار دارد (مخصوص افراد بالای ۱۷ سال) با عنوان In the bedroom (در اتاق خواب) سیگار مارلبورو را در دست نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد، اغلب نماهای حاوی دخانیات در فیلم‌های سطح بالای اخیر در فیلم‌هایی با درجه G (برای عموم)، PG (همراه والدین) و PG۱۳ (زیر ۱۳ سال همراه با والدین) دیده می‌شوند.

از روی حماقت یا از روی فساد و تباهی، فیلم‌های هالیوود یکی از آخرین و مهمترین راه‌های صنعت دخانیات برای جلب توجه جوانان به مصرف سیگار در آمریکا و آن سوی دریاهاست. صنعت دخانیات در سال

۱۹۸۹ قول داد که پرداخت مبالغ به هالیوود را متوقف کند، ولی طی دهه گذشته سیگار کشیدن روی صحنه فیلم‌ها واقعاً افزایش یافته است. بخش سیاسی هالیوود از آگاه‌سازی والدین در مورد اینکه فیلم‌ها یا ویدئوها باعث ترویج دخانیات می‌شوند،

امتناع می‌کند. اما دخانیات یک تجارت است، که بیش از ایدز، خشونت، داروهای غیرقانونی (روی هم رفته) باعث مرگ می‌شود.

مراجع پزشکی آمریکا و سراسر جهان معتقدند که زمان آن رسیده که هالیوود استفاده از سیگار در فیلم‌هایش را جدا متوقف کند.

سازمان بهداشت جهانی می‌گوید: مصرف سیگار در فیلم‌ها یک مشکل جهانی است چون تبلیغات قوی را ارائه می‌کند. این امر نه تنها باعث تشویق اطفال به مصرف دخانیات می‌شود بلکه باعث تقویت بازارهای دخانیاتی نیز می‌شود. صنعت تصاویر متحرک آمریکا نقش تعیین کننده‌ای در ایجاد این مشکل ایفا می‌کند چون در سراسر جهان این فیلم‌ها قابل دسترسی هستند و سرمشق سایر فیلمسازها قرار می‌گیرد.

انجمن پزشکی آمریکا می‌گوید: ما معتقدیم که استعمال دخانیات در فیلم‌ها رایگان است و هدفی جز فریبندگی، تقویت و ترویج مصرف سیگار بعنوان یک رفتار مطلوب ندارد. این امر خصوصاً وقتی مشکل‌ساز است که در مورد فیلم‌های جوانان بکار می‌رود زیرا در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است که مصرف سیگار در فیلم‌ها یک عامل خطر برای شروع سیگار کشیدن در جوانی است. ما همچنین از ۴ خط‌مشی



اکنون والدین راهی ندارند که بفهمند آیا یک فیلم، اعتیاد شدید را ترویج می‌کند یا نه، اعتیادی که بیشتر قربانیان خود را تا ۱۸ سالگی به دام می‌اندازد و یک سوم آن را در بزرگسالی می‌کشد. نسبت به موارد قتل، خودکشی، داروهای غیر مجاز، رانندگی پس از مصرف الکل، ایدز (همگی بر روی هم) دخانیات تلفات بیشتری دارد. مطالعات جهت کنترل سایر عوامل از جمله داشتن والدین و دوستان سیگاری نشان می‌دهد که نوجوانان غیرسیگاری که زیاد صحنه‌های سیگار کشیدن در فیلم‌ها را می‌بینند، ۲/۵ برابر بیشتر احتمال شروع مصرف سیگار را دارند. اینکه هنرپیشه‌ای که سیگار می‌کشد خوب باشد یا بد زیاد مهم نیست این صحنه استعمال سیگار است که مهم است. مدل‌های رفتاری، کلیدی برای تلاش‌های بازاریابی صنعت دخانیات است. تبلیغات دخانیات در تلویزیون ممنوع است و بوستر و مجله‌های مبلغ دخانیات برای جوانان هم محدود شده است. این بدان معناست که فیلم‌های هالیوودی یکی از آخرین کانال‌های عمده برای ترویج دخانیات در جوانان آمریکا و آن سوی دریاهاست. در سال ۱۹۸۹ صنعت دخانیات عملاً وعده داد که پرداخت مبالغ به هالیوود را متوقف کند. اما سیگار کشیدن در صحنه فیلم‌ها طی دهه گذشته سر به فلک کشیده است. کارگردانان تقریباً در ۸۰٪ از ۵۰ فیلم اول سال گذشته دخانیات را به تصویر کشیده‌اند. این فساد و تباهی است یا حماقت؟

در خبرهای اخیر کارگردانان و مدیران استودیو مسئولیت این کار را تماماً بر عهده هنرپیشگان گذاشتند. اما در هالیوود چیزی مگر بی‌اجازه کارگردان روی صحنه می‌رود؟! برای قرار دادن یک صحنه مرگیار و اعتیادآور در فیلم‌های مخصوص کودکان چه عذر و بهانه‌ای می‌توان آورد؟ در راستای سلامت عمومی هیچ عذری وجود ندارد. سیگار کشیدن و در معرض دود سیگار قرار گرفتن ۴۸۰۰۰۰ آمریکایی را در هر سال و ۵ میلیون نفر را در سراسر جهان می‌کشد. از آنجایی که مصرف سیگار در یک فیلم باعث فروش فیلم نمی‌شود (برخلاف خشونت و سکس) هیچ درجه‌بندی فیلم از این جهت وجود ندارد. هنوز بخش سیاسی هالیوود از آگاه‌سازی والدین نسبت به این که یک فیلم با ویدئو باعث اعتیاد کننده است سر باز می‌زنند. سانسور پاسخگو نیست. اگر کارگردانان برجسته دنیا گمان کنند که پروژه آنها با خطر مواجه خواهد شد

شرکت‌های دخانیات همراهی کنند، این امر تجارت در فیلم‌ها را نشان می‌دهد. (مطالعات به تنهایی بر روی بازاریابی آنقدر هزینه می‌کند که معادل درآمد سالیانه هالیوود است). اما بیایید به کودکان و نوجوانان فرصت اندیشیدن بدهیم.

اگر سیگار کشیدن در یک فیلم در راستای بیان آزاد است، چرا همه شخصیت‌های فیلم از یک مارک مشابه سیگار می‌کشند؟

صنعت دخانیات سابقه طولانی در استفاده از پول نقد و توجه خاص در راستای ترویج دخانیات در فیلم‌ها دارد. ظاهر صحنه ممکن است حفظ شود اما این حق مخاطب است که بداند پشت پرده چه می‌گذرد.

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 توافقی 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 دقیقاً نوع «انحصاری» 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، سیگاریها بیشتر کم درآمد و با تحصیلات کمتر هستند. در سراسر جهان سالانه 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، امفیزم و سرطان در سراسر دنیا می‌میرند. یک هفتم کودکان در سراسر دنیا تا سن ۱۵ سالگی به دام می‌افتند امروزه خیلی‌ها می‌خواهند ترک کنند، بسیاری شکست خواهند خورد و یک سوم موارد اعتیاد منجر به مرگ می‌شوند. هر روز در ایالات متحده ۲۰۰۰ نوجوان دیگر به دخانیات معتاد می‌شوند. حتی در دنیای در حال پیشرفت مصرف دخانیات سریعتر از پیش می‌رود. چون در آنجا آگاهی از خطرات در کمترین سطح است و روشهای بازاریابی دخانیات تحت کنترل نیستند. هم در ایالات متحده و هم در آن سوی دریاها، فیلم‌های آمریکایی یک وسیله کلیدی برای ترویج اعتیاد به دخانیات هستند.

در فیلم‌های آمریکایی در دهه ۱۹۹۰، بر پرده‌هایی به بزرگی تابلوهای تبلیغاتی و ۱ میلیون ویدئو، بیش از نیم قرن گذشته دخانیات نمایش داده شد و دخانیات توسط ستارگانی که انواع خاص سیگار را تبلیغ می‌کردند، نشان داده شد. ۸۰٪ فیلم‌های سطح بالای PG۱۳ (زیر ۱۳ سال همراه والدین ببینند) و ویدئوهایی که از ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ تولید شدند، مصرف دخانیات را به تصویر کشیدند. صحنه‌های دخانیات در آن فیلم‌ها که هدفشان جوانان بوده تا ۵۰٪ نسبت به قبل افزایش یافت. ستارگانی که سیگار می‌کشند چقدر تأثیر می‌گذارند؟ مطالعات نشان می‌دهند که اگر ستاره مورد علاقه یک نوجوان روی پرده سیگار بکشد، آن نوجوان واقعاً احتمال بالاتری دارد که سیگار را شروع کند، حتی اگر خانواده و دوستانش سیگاری نباشند. صنعت دخانیات قدرت فیلم‌ها را می‌شناسد. این صنعت ۱۰ سال پیش برای قرار دادن محصولاتش در صحنه فیلم‌ها پول می‌پرداخت. در حالی که این امر را در کنگره انکار می‌کرد. امروزه هم پرداخت وجه را انکار می‌کند. همچنین در هر مورد که ستارگانی این کار را انجام می‌دهند با صنعت دخانیات معامله می‌کنند. یا اینکه آنها منافع دخانیات را رایگان ایجاد می‌کنند که در این صورت، نادان هستند. وقتی تعداد بیشتری از طرفداران جوان می‌فهمند که هیچ چیز روی صحنه فیلم اتفاقی قرار نمی‌گیرد، آنها از ستارگان می‌خواهند کار آلوده دخانیات را متوقف کنند.

می‌خواهید مانع از جذب کودکان به دخانیات شوید؟ پس به جای آن این فیلم‌ها را در طبقه R (زیر ۱۷ سال ممنوع) قرار دهید. اوضاع بدتر شده است. از جولای تا اکتبر ۲۰۰۲، ۹۲٪ فیلم‌های سطح بالای PG۱۳ در صحنه‌ها سیگار کشیدن را نمایش داده‌اند. برای حفاظت از کودکان در برابر اعتیاد به دخانیات، سازمان بهداشت جهانی، جمعیت پزشکی آمریکا، بخش سرویس سلامتی ۱۸ و سایرین امروزه می‌گویند استعمال دخانیات در فیلم‌ها در ۱۹۵۰ بود، هنگامی که هنرپیشگان دوره طلایی هالیوود مرگشان بر اثر امفیزم، سرطان ریه و بیماریهای قلبی آغاز شد. سیگار کشیدن در فیلم‌ها در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ کمتر شد حتی هنگامی که شرکت‌های دخانیات داوطلبانه خط مشی علیه پرداخت وجه به هالیوود در سال ۱۹۸۹ اتخاذ کرد و مقدار سیگار کشیدن در فیلم‌ها تا آن موقع ۲ برابر شد. در ۱۹۹۸ صنعت دخانیات مجدداً موافقت کرد که



تولیداتشان را در فیلم‌ها قرار ندهند. در طی ۲ سال بعد، مدت زمان صحنه‌های دخانیات در فیلم‌های کودکان ۵۰٪ افزایش یافت. از سال ۲۰۰۰ هنگامی که استودیوها و سالن‌های نمایش در مورد نوجوانان زیر سن مناسب دیدن فیلم R سخت‌گیری کردند، مصرف دخانیات مخاطبین مورد هدف خود را دنبال کرد. چهارپنجم فیلم‌های درجه PG ۱۳ امروزه دخانیات را ترویج می‌کنند. در حالی که از روی حماقت یا تباهی و فساد، فیلم‌ها با استراتژی‌های بازاریابی دخانیات پیش می‌روند، مضرات دخانیات به همان صورت ادامه دارد. محققان دریافته‌اند که نوجوانانی که ستارگان مورد علاقه‌شان روی پرده سینما سیگار می‌کشند ۱۶ برابر احتمال بیشتری دارند که در مورد دخانیات مثبت فکر کنند.

کودکان ۱۴-۱۱ ساله که سیگار کشیدن در فیلم‌ها را زیاد دیده‌اند ۳ برابر احتمال بیشتری دارند که خودشان سیگار را امتحان کنند. در هر روز، ۳۰۰۰ کودک معناد می‌شوند و نیمی از آنها از این اعتیاد خواهند مرد. صنعت دخانیات می‌داند که فیلم‌ها بهتر از هر تبلیغ دیگری باعث روشن شدن سیگار می‌شوند، همانطوری که پرونده‌های مخفی دخانیات این موضوع را نشان می‌دهد اما سیگار باعث فروش فیلم نمی‌شود. این موضوع باعث می‌شود که صنعت فیلم فعالیت مسئولانه خود را راحت‌تر شروع کنند. دخانیات سالانه ۴۵۰۰۰۰ آمریکایی را می‌کشد و ۲ میلیون سیگاری جدید ایجاد می‌کند که اغلب آنها زیر ۱۸ سال هستند. درجه بندی فیلم‌های حاوی دخانیات در درجه R (بالای ۱۷ سال).

- به والدین اجازه می‌دهد که در مورد فیلمی که کودک آنها را می‌بیند، آگاهانه تصمیم بگیرند.

- مالکین شرکتهای استودیویی را تشویق می‌کند که به جمع ملی ضد تبلیغ دخانیات برای جوانان بپیوندند.

- این آزادی را باقی می‌گذارد که در هر پروژه فیلم دخانیات قرار بگیرد.

- این خط مشی تعبیر دارد به این صورت که سیگار کشیدن امری قانونی است اما موضوع آن است که این فیلم‌ها در طبقه R قرار بگیرد.

- فیلم‌هایی که دقیقاً یک شخصیت تاریخی را به تصویر می‌کشند یا عواقب شوم مصرف دخانیات را روشن می‌کنند معاف هستند. فیلم‌های قدیمی مجدد درجه بندی R مراجع سلامتی از کالیفرنیا تا نیویورک و زنو از سایر معیارهای معقول هم حمایت می‌کنند؛

آگهی‌های ضد دخانیات مؤثر قبل از فیلم‌های حاوی دخانیات، اعتبارات نهایی تصدیق کند که هیچ فردی دست‌اندرکار فیلم، هیچ چیز با ارزشی از صنعت دخانیات دریافت نکرده باشد.

دیگر مارکها و انواع دخانیات در فیلم شناسانده نشود. عقیده این نیست که کودکان را از فیلم‌های بیشتری دور نگه داریم. نظر بر این است که دخانیات را از فیلم‌هایی که کودکان می‌بینند دور نگه داریم. اما هالیوود آنقدر باهوش است که این موضوع را برای خود حل کند.



پرونده‌های صنعت دخانیات پر است از استراتژیهای پنهانی، مانند پرداخت یک وجه ۵۰۰۰۰۰ دلاری به «سیلوستر استالونه» برای استفاده از محصولاتشان در ۵ فیلم (۱۹۸۳) و ۲۵۰۰۰۰ دلار برای قرار دادن مارک 'Lark' در فیلم جیمزباند

(گواهی بر کشتن ۱۹۸۸) با مشاهده این مسابقه، افزایش مصرف دخانیات در فیلم‌ها امروزه ما را متحیر می‌کند از اینکه آیا تحریم عمومی پرداخت وجه از صنعت دخانیات واقعاً چیزی را تغییر داده است؛ به جز اینکه معلوم نیست این وجه به چه کسی، چه مبلغی پرداخت می‌شود و چگونه. آیا می‌توان گفت که سرپرستان استودیوها، متخصصین امور مالی، عوامل، تهیه کنندگان، کارگردانان، نویسندگان و طراحان لباس و هنرپیشگان نمی‌دانند که استعمال دخانیات در فیلم مانند یک معامله است؟ آیا این نتیجه اخلاقی وجود دارد که ادعای بیان آزاد یک کار زیرکانه نیست؟ آیا مرگ‌آوری دخانیات بقدر کافی واضح نیست؟ به بسیاری از متخصصان سلامت عمومی درباره مصرف سیگار در فیلم‌های هالیوودی هشدار داده شده ۴۸۰۰۰۰ آمریکایی، چه سیگاری، چه غیر سیگاری در مجاورت سیگاری، امسال بر اثر علل مربوط به سیگار کشیدن خواهند مرد. بیش از ۱ میلیارد فرد سیگاری در کشورهای زندگی می‌کنند که مضرات دخانیات برای اجتماع شناخته شده نیست و مرد مارلبورو جایگزین عمو سام که سبیل ایالت متحده بود قرار گرفته است. این بازار آن سوی دریا نیمی از درآمد هالیوود را تشکیل می‌دهد.

در این شماره پای صحبت‌های ارزشمند آقای دکتر بدیع الزمان رادپی می‌نشینیم.



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

دکتر بدیع الزمان رادپی هستم، متخصص بیهوشی، مراقبت‌های ویژه و دردشناسی. تحصیلات دانشگاهی خود را

چه در مقطع پزشکی عمومی و چه دوران تخصص بیهوشی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گذرانده‌ام. پس از فراغت از تحصیل و طی دوران تعهدات قانونی در استان خوزستان و سپس دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... الاعظم (عج) مجدداً به دانشگاه شهید بهشتی بازگشتم و به عنوان عضو هیئت علمی این دانشگاه در مرکز پزشکی دکتر مسیح دانشوری مشغول به فعالیت شدم. در حال حاضر با رتبه علمی دانشیاری عضو هیئت‌بورد تخصصی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه می‌باشم. ضمناً برخی مسئولیت‌های دیگر را نیز بر عهده داشته‌ام که از جمله آنها می‌توانم به عضویت در برخی کمیته‌های وزارت بهداشت (از جمله کمیته ارزشیابی و تدوین، کمیته راهبردی تخصص بیهوشی و...)، نایب رئیس کمیته سیاستگذاری و برنامه‌ریزی درد در دانشگاه، معاونت آموزشی گروه بیهوشی و... اشاره نمایم.

**لطفاً از مصرف دخانیات و مضرات آن برای ما بگویید؟**

در مورد مصرف دخانیات و مضرات آن بسیار گفته و نوشته شده است و من اطمینان دارم بسیاری از عزیزانی که این مصاحبه را مطالعه خواهند نمود بسیار بیشتر از من به مضرات دخانیات واقف می‌باشند. من در پاسخ به سوال شما تنها به ذکر چند نکته اکتفا می‌کنم: اولاً آگاه هستید که هرگونه دخانیات (صرف نظر از نوع آن) حاوی مقادیر بسیار متنوعی از مواد مضر و سرطان‌زا

می‌باشد که به مرور زمان می‌توانند موجب بروز اختلالاتی در سیستم‌های مختلف بدن گردند. این اختلالات تنها به ایجاد سرطان‌های مختلف محدود نمی‌شوند. ثانیاً مطمئناً می‌دانید که بر خلاف گذشته که گاهی سیگار و مصرف آن را به عنوان «اعتیاد» به رسمیت نمی‌شناختند اکنون Smoking را نیز جزء رفتارهای اعتیادآور (Addiction Tolerance) به شمار می‌آورند و همچنین بر خلاف آنچه که گاه در گذشته مصرف سیگار را با نوعی ایجاد آرامش، فرار از مشکلات روحی و ایجاد انگیزه تلقی می‌کردند اکنون ثابت شده سیگار هیچ یک از اثرات فوق را سبب نمی‌شود و ایجاد اثرات روحی فوق کوچکترین ارتباطی با مصرف دخانیات ندارد. اگر بخواهیم در یک جمله پاسخ سوال شما را بدهم باید بگویم دخانیات به جز ضرر چیزی عاید مصرف‌کننده‌اش نمی‌کند. ضمناً ذکر این نکته مهم است که یادآور شوم طبق آخرین آمار موجود سیگار در هر ۶ ثانیه سبب مرگ یک نفر در جهان می‌شود.

**آیا بین مصرف دخانیات و بیهوشی فرد ارتباطی وجود دارد؟**

همانطور که در پاسخ سوال قبل ذکر کردم سیگار حاوی مواد مضر و سمی فراوان است. حدوداً ۴ هزار ماده سمی در سیگار وجود دارند که هر یک دارای اثرات بالقوه سمی هستند. برخی از آنها سبب بروز عوارض قلبی عروقی مثل تغییرات فشارخون و ضربان قلب و عروق خونی می‌شوند برخی دیگر سبب بروز مشکلات تنفسی مثل اختلال در حرکت مژک‌های تنفسی، اختلال در تبادل گازها در ریه و رساندن اکسیژن به بافت‌های بدن و... می‌گردند. علاوه بر همه اینها سیگار تقریباً بر همه ارگان‌های بدن تأثیر منفی دارد. در بیماری که تحت بیهوشی قرار دارد اثرات آسیب‌رسان هر یک از موارد فوق می‌تواند به صورت تشدید یافته بروز نماید و مشکلاتی را حین بیهوشی و یا دوره پیرامون عمل برای بیمار فراهم آورد به همین دلیل است که معمولاً توصیه می‌شود بیماران سیگاری حداقل ۴ الی ۸ هفته پیش از



انجام هرگونه عمل جراحی سیگار خود را کاملا قطع نمایند.

### آیا بیهوشی در بیماران مبتلا به COPD با سایر بیماران تفاوتی دارد؟

ایجاد COPD یا بیماری‌های مزمن انسدادی ریه به دلیل متفاوتی ایجاد می‌شوند و یکی از شایعترین دلایل ایجاد آن مصرف دخانیات می‌باشد. به نحوی که تقریباً کلیه بیمارانی که به میزان بیشتر از ۲۰ پاکت در سال سیگار مصرف می‌کرده‌اند دچار درجاتی از COPD خواهند شد. با توجه به مشکلاتی که این بیماران به صورت زمینه‌ای دارند حین بیهوشی و پس از آن انتظار بروز عوارض بیشتری را در آنان داریم این مشکلات و عوارض در سه گروه طبقه‌بندی می‌شوند اولاً به صورت کلی میزان طول عمر بیماران دچار COPD با عوارض راههای هوایی و تنفسی که تحت هر نوع عمل جراحی قرار گیرند کوتاهتر از سایر افراد می‌باشد. ثانیاً به دلیل مشکلات زمینه‌ای تنفسی مراقبت‌های تنفسی حین بیهوشی برای این گونه بیماران مسائل و معضلات خاص خود را خواهد داشت و به همین دلیل مراقبت‌های خاص و روش‌های خاص بیهوشی را می‌طلبد و ثانیاً درصد عوارض بیهوشی و جراحی در اینگونه بیماران بصورت بسیار بارزی بیشتر از بیمارانی است که فاقد این بیماری (COPD) می‌باشند.

### کنترل دخانیات در کشور از چه راه‌هایی امکان پذیر خواهد بود؟

به نظر اینجانب کنترل دخانیات از دو راه کلی امکان پذیر است. اول: دادن آگاهی به توده مردم در مورد مضرات سیگار و خطرات مستقیم و غیرمستقیم آن که از راههای گوناگونی همچون تبلیغات رسانه‌ای، بروشورها، برنامه‌های آموزشی، تهیه فیلم‌ها و ... امکان پذیر است و دوم: برقراری راههای مهارتی همچون ممنوعیت استعمال دخانیات در مراکز عمومی و دولتی و برقراری مجازات و جریمه‌های گوناگون برای مصرف کنندگان دخانیات در این مکان‌ها که بحمداً ... هر دو مورد این روش‌ها چند سالی است که در کشور ما مورد استفاده قرار دارند.

### چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

من فقط یک توصیه به افراد سیگاری دارم و آن ترک سیگار است همچنانکه قبلاً عرض کردم سیگار فاقد هر

گونه اثر مثبتی است و ترک آن فقط به اراده شخص بستگی دارد و «خواستن توانستن است».

### لطفاً مختصری از مزایای ترک سیگار قبل از عمل جراحی برای خوانندگان این مجله توضیح دهید؟

همانطور که در پاسخ یکی از سوال‌های قبلی ذکر کردم مصرف سیگار می‌تواند سبب بروز عوارض بالقوه‌ای در دوره پس از عمل گردد به همین نحو قطع سیگار در دوره پیش از عمل اگر در فاصله زمانی مناسبی (۴-۸ هفته قبل) صورت گیرد می‌تواند تا حدود زیادی از این عوارض بکاهد. مهم‌ترین این مشکلات اختلالات متابولیک، عوارض تنفسی پس از عمل، عوارض قلبی و عروقی و همچنین مسائلی همچون لخته شدن خون در عروق ادم تحتانی (ترومبوز و آمبولی) می‌باشند.

### آیا بین میزان مرگ و میر بعد از عمل جراحی و مصرف دخانیات ارتباطی وجود دارد؟

بله، کاملاً به طور کلی برابر بررسی‌های نشان داده شده است که افراد سیگاری به طور کلی ۲۸٪ بیشتر از افراد غیرسیگاری دچار عارضه مرگ و میر پیرامون جراحی می‌شوند به علاوه سایر عوارض (به جز مرگ و میر) مثل عفونت‌های تنفسی و سایر انواع عفونت‌ها نیز به حمایت‌های تنفسی پس از عمل، مشکلات قلبی عروقی و ... در افراد سیگاری به صورت بارزی بیشتر از افراد سالم و غیرسیگاری می‌باشند.

### آیا مصرف دخانیات در روند درمان تأثیری خواهد داشت؟

پاسخ این سوال را قبلاً داده‌ام مصرف هرگونه دخانیات می‌تواند سبب بروز عوارض بالقوه زیادی شوند که هر یک از آنها روی روند درمان تأثیر منفی دارند. بدیهی است که قطع مناسب و به موقع سیگار می‌تواند این روند منفی را کند و یا حتی متوقف نماید.

### آیا با فعالیتهای مرکز تحقیقات دخانیات آشنایی دارید؟

بله، اینجانب هم بدلیل ارتباط کاری و هم به دلیل علاقه شخصی به فعالیتهای مرکز تحقیقات دخانیات، از بدو تاسیس این مرکز فعالیت آن را به صورت مستقیم و غیرمستقیم دنبال کرده‌ام و بسیار خوشبختم که شاهد موفقیت‌های روزافزون آن بوده‌ام.

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

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

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

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

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

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

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

تا دو درصد (۲٪) از سرجمع مالیات مأخوذه از فرآورده‌های دخانی به حساب خزانه‌داری کل واریز و پس از طی مراحل قانونی در قالب بودجه‌های سنواری در اختیار نهادها و تشکلهای مردمی مرتبط به منظور تقویت و حمایت این نهادها جهت توسعه برنامه‌های آموزشی تحقیقاتی و فرهنگی در زمینه پیشگیری و مبارزه با استعمال دخانیات قرار می‌گیرد.

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

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

**ماده ۱۱-** به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات که در این قانون به اختصار ستاد نامیده می‌شود با ترکیب زیر تشکیل می‌شود:

- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان رئیس ستاد.

- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی.

- وزیر آموزش و پرورش.

- وزیر بازرگانی.

- فرمانده نیروی انتظامی.

- دو نفر از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر.

- رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران به عنوان ناظر.

- نماینده یکی از سازمانهای غیردولتی مرتبط با دخانیات به انتخاب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

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

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

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

**ماده ۲-** وظایف ستاد به شرح زیر است:

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

ب- تدوین و تصویب برنامه‌های آموزش و تحقیقات با همکاری دستگاههای مرتبط.

ج- تعیین نوع پیامها، هشدارها، تصاویر و طرحهای مرتبط با آثار سوء اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سلامتی دخانیات و دوره‌های زمانی آن، موضوع ماده (۵) این قانون.

مصوبات این ستاد پس از تأیید رئیس جمهور قابل اجرا است.



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

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

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

**ماده ۱۵-** ثبت هرگونه علامت تجاری و نام خاص فرآورده‌های دخانی برای محصولات غیردخانی و بالعکس ممنوع است.

**ماده ۱۶-** فروشندگان مکلفند فرآورده‌های دخانی را در بسته‌های مذکور در ماده (۶) عرضه نمایند، عرضه و فروش بسته‌های باز شده فرآورده‌های دخانی ممنوع است. متخلفین به جزای نقدی از پنجاه هزار (۵۰/۰۰۰) ریال تا دویست هزار (۲۰۰/۰۰۰) ریال محکوم می‌شوند.

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

**ماده ۱۸-** آیین نامه اجرایی این قانون ظرف سه ماه بوسیله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری شرکت دخانیات ایران تدوین و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

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

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

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

**ماده ۱۱-** فروش و عرضه دخانیات به استثنای اماکن موضوع ماده (۷) این قانون، عرضه محصولات بدون شماره سریال و علامت مصوب، تکرار عدم پرداخت مالیات، مستوجب مجازات از پانصد هزار (۵۰۰/۰۰۰) ریال تا سی میلیون (۳۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال جزای نقدی است و میزان مجازات‌های یاد شده براساس نرخ تورم (هر سه سال یکبار) با اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تأیید هیئت وزیران قابل افزایش است.

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

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

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

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

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

## روشهای ترک سیگار در بیماران ریوی



انسان، شامه و ریه و ریه ها  
از جمله اندام های حیاتی بدن  
می باشد. ریه ها وظیفه اصلی  
تبادل گازها را بر عهده دارند.

ترجمه پرواز سینایی  
ویرایش دکتر محمدرضا مسجدی

در درمان وابستگی به دخانیات، واریسین مکاتیسیم جدید و جالب توجهی دارد. به عنوان مثال، طی یک مطالعه کور بر روی ۱۹۲۷ فرد سیگاری به مدت ۳ ماه به این افراد واریسین داده شد که ترک مقطعی ۶۴/۱٪ حاصل گردید. سپس طی یک طرح دوسوکور، ترک کنندگان موفق سه ماه دیگر را نیز با مصرف واریسین سپری کردند که میزان ترک از هفته های ۵۲-۱۳ عبارت بود از ۴۳/۶ در مقابل ۳۶/۹٪ (P = ۰/۰۲).

چنین نتایجی نشان می دهد که درمان ۶ ماهه با واریسین برای رسیدن به ترک موفق در برخی

افراد سیگاری مناسب می باشد. (۱۷۸)

نتایج مرحله سوم مطالعات فوق بیان می کند که در درمانهای فعلی ترک سیگار، واریسین می تواند شریک باشد. به دلیل تعداد کم مطالعات انجام شده بر روی واریسین و فقدان مطالعاتی خارج از نظارت متخصصین ترک سیگار، فقدان مطالعات انجام شده در شرایط عمومی با حمایت های جزئی، فقدان مطالعات انجام شده بر روی COPD و آشکار نشدن نتیجه عرضه دارو به بازار، مؤلفان فعلی، واریسین را به عنوان دارویی در خط دوم درمان ترک سیگار به حساب می آورند. انتظار می رود که با انجام آزمایش و ارائه مدارک بیشتر، واریسین به عنوان دارویی در خط اول درمان ترک سیگار بکار رود.

### ریمونابانت:

روش دیگر درمان دارویی ترک سیگار، استفاده از داروهای غیرنیکوتینی است. این داروها بر اثرات نیکوتین بر روی راه های عصبی درون مغز و ایجادکننده وابستگی به نیکوتین/ دخانیات، تأثیر می گذارند. مطالعات انجام شده بر روی حیوانات آزمایشگاهی نشان

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 صفحه ای از آنها را در اختیار شمار قرار می دهیم. این کتابها حاصل تلاش همکاران این مرکز طی سالهای پیشین بوده که امید است مورد استفاده عزیزان واقع گردد. عنوان کتاب پیش رو «روش های ترک سیگار در بیماران ریوی» می باشد. این کتاب ترجمه پریناز سینایی و زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده

است. دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: «مصرف سیگار مهم ترین عامل ایجاد بیماری های تنفسی می باشد که معمولا حدود ۱۵-۱۰ سال بعد از شروع مصرف آن حاصل می گردد. قابل توجه اینکه حتی با بروز ناتوانی های تنفسی و وجود علائم شدید، فرد سیگاری به مصرف آن ادامه می دهد. این نکته جالب وابستگی شدید جسمی و روانی سیگار را نمایان می سازد. همیشه در درمان بیماران مبتلا به مشکلات تنفسی سابقه سیگار کشیدن را می پرسیم و توصیه می کنیم بیماران مصرف سیگار را قطع کنند و سپس امیدواریم این عمل صورت گیرد. ولی در اکثریت موارد این اتفاق نمی افتد چون بیمار توانایی آن را ندارد و ما نیز به او کمک نمی کنیم. به عنوان پزشک ما موظفیم که شیوه برخورد با فرد سیگاری و توصیه های درمانی لازم را بدانیم و به آن عمل کنیم تا نتیجه درمان بیماری تنفسی کامل و مؤثر گردد. کتاب پیش رو با اقتباس از جزوه آموزشی ترک سیگار مجله تنفسی اروپا شماره ۲۹ سال ۲۰۰۷ تکمیل گردیده است.»



نکات کلیدی در دارو درمانی و ترک سیگار :

- ۱- NKT و بوپروپیون SR داروهای خط اول در ترک سیگار می‌باشند (سطح شواهد الف). افراد سیگاری که در حال ترک می‌باشند، باید به مصرف این داروها تشویق شوند، به‌جز در مواردی که مصرف آن ممنوع می‌باشد (سطح شواهد الف).
- ۲- تأثیر داروهای مختلف NRT (آدامس، برجسب پوستی، افشانه، اسپری بینی، قرصهای زیرزبانی و مکیدنی) در درمان ترک سیگار به یک اندازه می‌باشد (سطح شواهد الف).
- ۳- استفاده همزمان از برجسب نیکوتین به همراه نوع دیگری از داروهای NKT به انتخاب فرد می‌تواند مؤثرتر از یک نوع داروی NRT باشد (سطح شواهد الف).
- ۴- در ترک سیگار تمامی افراد سیگاری مبتلا به COPD باید از داروهای NKT استفاده شود. بدون در نظر گرفتن شدت بیماری و تعداد سیگارهای مصرفی (سطح شواهد ب).
- ۵- در افراد سیگاری قه‌ار ترکیب بوپروپیون SR و داروهای NKT مؤثرتر می‌باشد (سطح شواهد ج).
- ۶- در بیماران مبتلا به COPD و بیماریهای قلبی-عروقی قوی مصرف همزمان NKT و بوپروپیون SR مؤثر و قابل تحمل می‌باشد (سطح شواهد الف).
- ۷- از نورتریپتین می‌توان به عنوان داروهای خط دوم در درمان وابستگی به دخانیات استفاده کرد (سطح شواهد ب).
- ۸- شواهدی دال بر تأثیر مهارکنندگان بازجذب سروتونین انتخابی (SSRIs) بر ترک سیگار وجود ندارد.
- ۹- وارنسلین می‌تواند تأثیر درمانی بیشتری در ترک سیگار داشته باشد و تا کسب تجربیات و مدارک بیشتر در این مورد به عنوان عامل خط دوم درمانی در نظر گرفته می‌شود (سطح شواهد ب).
- ۱۰- ملاقاتهای منظم در پیگیری پس از درمان حائز اهمیت بوده و نتایج موفقیت‌آمیز طولانی‌تری را به همراه دارند (سطح شواهد ب).

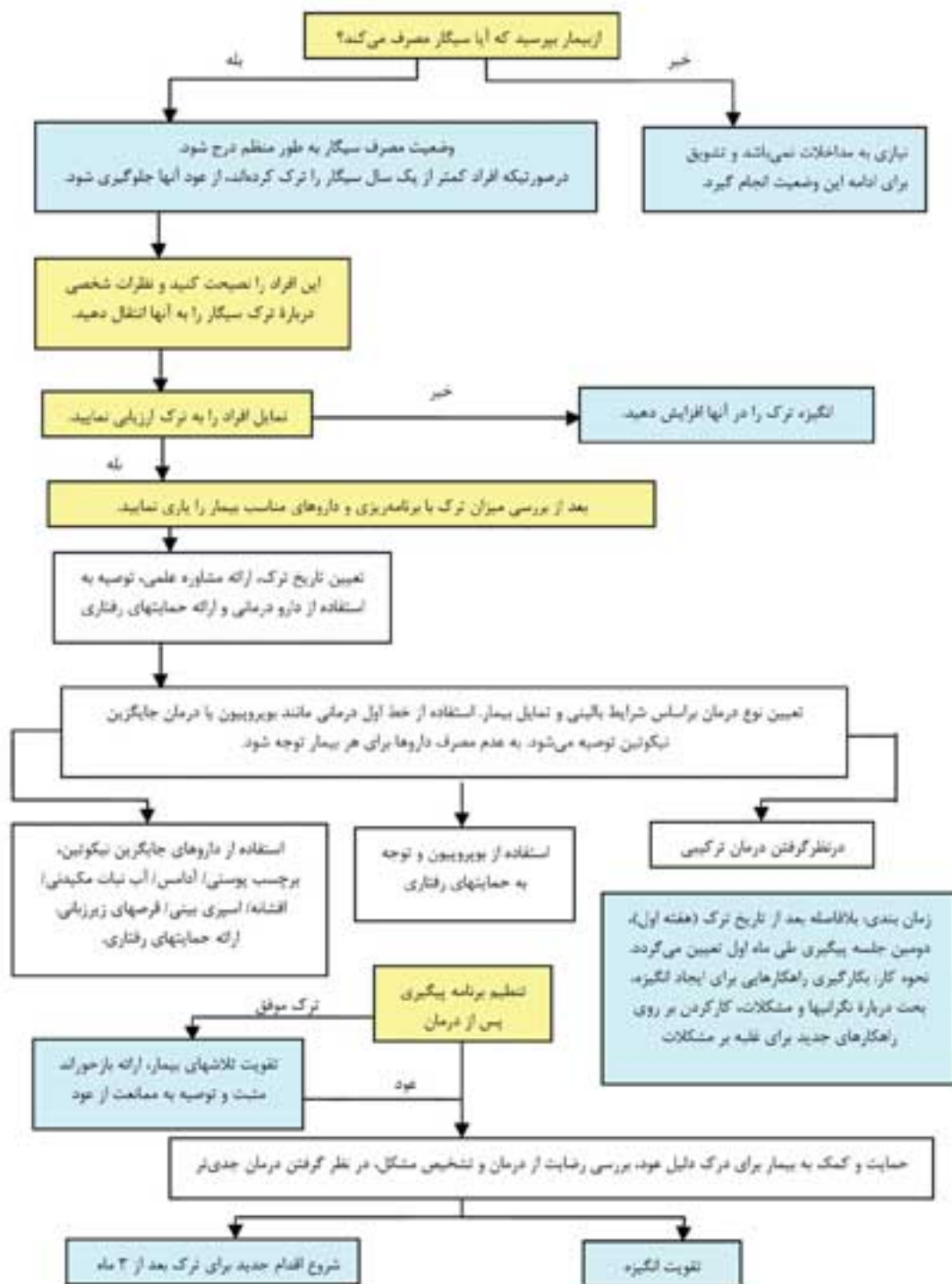
بر اساس نتایج و توصیه‌های فوق، به الگوریتم درمان برای ترک سیگار در شکل ۲ مراجعه نمایید.

داده است که محاصره گیرنده‌های کانابینوئید CB1 بوسیله ریمونابانت باعث کاهش اشتها و کاهش خودتنظیمی نیکوتین و تغییر دوپامین در هسته آکومبوز مغز بعد از تحریک نیکوتین می‌شود. (۱۷۷) علاوه بر این، ریمونابانت باعث کاهش از سرگیری رفتار نیکوتین‌خواهی می‌گردد که بعد از تأمین نشدن نیکوتین، بوسیله در معرض قرار گرفتن با یک محرک دلخواه بوجود می‌آید. (۱۷۹) در نتیجه، دانشمندان معتقدند که تحریک گیرنده‌های CB1 بوسیله آندوکانابینوئیدهای درون مغز نقش مهمی را در توسعه و حفظ وابستگی به نیکوتین و دخانیات به عهده دارند، و با مهار این نقش از سیستم آندوکانابینوئید، ریمونابانت اثراتش را بر افراد معتاد اعمال می‌کند. (۱۷۹)

نتایج حاصل از دو مطالعه بزرگ چند مرکزی و سه مرحله‌ای (مطالعاتی با مصرف ریمونابانت و دخانیات در ایالات متحده و اروپا) (۱۸۰-۱۸۱) با پروتوکلهای مشابه به شرح زیر می‌آید. به مدت ۱۰ هفته، ریمونابانت ۵ میلی‌گرم و ۲۰ میلی‌گرمی در مقابل شبه دارو و درمان فعال مورد آزمایش قرار گرفت. در مطالعه ایالات متحده میزان ترک در ۱۰ هفته برای ریمونابانت ۲۰ میلی‌گرم ۲۸٪، برای ریمونابانت ۵ میلی‌گرم ۱۶٪ و برای شبه‌دارو نیز ۱۶٪ بود. (۱۸۰) اختلاف بین ریمونابانت ۲۰ میلی‌گرم و شبه دارو بسیار چشمگیر بود ( $p < 0.005$ ). درحالی‌که در مطالعه اروپا میزان ترک طی ۱۰ هفته به ترتیب عبارت بود از ۲۴، ۲۵ و ۲۰٪ (که از نظر آماری معنی‌دار نبود). طی این ۱۰ هفته ترک، در گروههای ۲۰ میلی‌گرمی، ۵ میلی‌گرمی و شبه‌دارو، افراد به ترتیب ۲، ۰/۷ و ۳ کیلوگرم اضافه وزن داشتند.

متمایلترین اثرات جانبی ریمونابانت عبارت بودند از: حالت تهوع، اسهال، استفراغ، عفونت مجاری ادراری، اضطراب و عفونت مجاری فوقانی تنفسی.

گرچه مصرف ریمونابانت برای مدت کوتاه تمرینش می‌باشد، ولی به نظر نمی‌رسد که اثرات آن بطور چشمگیری بهتر از داروهای فعلی ترک باشد، ولی با وجود تمرینش آن در درمان چاقی مفرط، (۱۸۱) می‌تواند برای افراد سیگاری چاقی که اضافه وزن مانع اصلی ترکشان می‌باشد، مفید واقع شود.



شکل ۲. تصویری از مراحل ترک سیگار توصیه شده و مداخلات خط اول مناسب



## فصل هفتم

### مداخلات دیگر

طب سوزنی و لیزر درمانی:

طی بررسی cochrane بر روی ۲۰ مطالعه انجام شده، استفاده از طب سوزنی در مقایسه با اقدامات مشابه مؤثر واقع نگردیده است. (۱۸۲) از طرفی دیگر طی یک مطالعه مستقل بر روی ۲۲۰ نوجوان لیزر درمانی صورت گرفت. در حالیکه هیچ تأثیری از این درمان گزارش نشد. (۱۸۳) بنابراین برای کمک به ترک سیگار طب سوزنی و لیزر درمانی توصیه نمی‌شود.  
درمان با هیپنوتیزم:

بررسی ۹ مطالعه کوچک بصورت cochrane بر روی تأثیر درمان با هیپنوتیزم نشان داده است که در مقایسه با دیگر مداخلات رفتاری، این درمان تأثیر بیشتری نداشته است. (۱۸۴) در شرایطی که به منظور کنترل اثرات کلی آن اقدامات مشابهی انجام نگردد، بررسی درمان با هیپنوتیزم مشکل می‌باشد و شواهدی نیز وجود ندارد که نشان دهد درمان با هیپنوتیزم فی‌نفسه تأثیری در ترک سیگار داشته باشد.

بطور کلی هیچ‌گونه شواهدی وجود ندارد که نشان‌دهنده تأثیر هیپنوتیزم، طب سوزنی یا لیزر درمانی در ترک سیگار باشد.

## فصل هشتم

### کاهش مصرف سیگار

تعریف:

از آنجایی که در اکثر افراد سیگاری که مصرف سیگار روزانه‌شان را کاهش داده‌اند احتمال عود زیاد می‌باشد، توصیه می‌شود که افراد سیگاری در روز تعیین شده برای ترک کاملاً مصرف سیگار را متوقف نمایند. این روش طی اقدامات ترک سیگار بسیاری از جمله مطالعات CEASE مورد بررسی قرار گرفته است. (۱۶۵) ترک کامل طی هفته اول بعد از ترک عامل پیش‌بینی کننده قوی به عنوان ترک دائم پس از یک سال می‌باشد؛ ۲۵٪ از افراد سیگاری که کاملاً ترک می‌کنند در مقایسه با ۴٪ از افرادی که طی هفته اول سیگار می‌کشند. (۱۶۵)

با این وجود افراد سیگاری بسیاری ترجیح می‌دهند که تعداد سیگارهای مصرفی روزانه‌شان را کاهش دهند تا

اینکه کاملاً ترک کنند. هدف از کاهش مصرف سیگار آسان‌تر شدن ترک برای افراد سیگاری است که در حال حاضر قادر یا مایل به ترک ناگهانی نبوده ولی خواستار کاهش مصرف سیگار می‌باشند. همانطور که در زیر به آن پرداخته می‌شود، مفهوم کاهش مصرف باعث می‌شود گروه جدیدی از افراد سیگاری که مایل به ترک ناگهانی نیستند، تقویت و آماده شوند. گذراندن چنین روندی راهی برای رسیدن به ترک کامل است.

تعریف کاهش مصرف سیگار عبارت از کاهش تعداد سیگارهای (یا میزان دخانیات) مصرفی روزانه است. در اکثر مطالعات انجام شده، کاهش ۵۰ درصدی یا بیشتر در سیگارهای مصرفی روزانه، دیمی بوده است و با کاهش میزان متوکسیدکربن بازدمی آنها مورد تأیید قرار گرفته است. (۱۸۵-۱۸۶)

مطالعاتی بر روی جمعیت‌ها:

طی مطالعه‌ای بر روی مداخلات ترک سیگار در چند شهر ایالات متحده (COMMIT) ۴۰٪ از افراد سیگاری مصرف سیگارشان را کاهش داده و به مدت سه سال این کاهش را حفظ کردند. (۱۸۷) از طرفی دیگر نیز طی مطالعه مشاهده‌ای در دانمارک میزان کاهش مصرف ۵ ساله پایین‌تری مشاهده شد که شامل ۳۷۹۱ فرد سیگاری بود. در این مطالعه هیچ‌گونه مداخله یا کمکی برای ترک یا کاهش مصرف ارائه نگردید. (۱۸۸) بعد از گذشت ۵ سال کاهش مصرف ۱۳ درصدی در مردان دیده شد که عبارت از کاهش میانگین  $\pm ۱۲ \pm ۳۱$  به  $\pm ۹ \pm ۱۶$  نخ سیگار در روز بوده است. میزان ترک سیگار در مردان ۹٪ بود، در حالیکه با توجه به رفتار سیگار کشیدن آنها، ۷۸٪ بدون تغییر ماندند. میزان کاهش مصرف در زنان ۹٪ بوده و از  $\pm ۱۱ \pm ۲۷$  به  $\pm ۷ \pm ۱۳$  نخ سیگار در روز رسید. میزان ترک سیگار در زنان ۷٪ بوده و تغییری در مصرف سیگار ۸۴٪ آنها دیده نشد.

مطالعات کنترل شده تصادفی بر روی کاهش مصرف یاری گرفته:

تا کنون مطالعات کنترل شده تصادفی بسیاری درباره کاهش مصرف سیگار به چاپ رسیده است. طی ۶ مطالعه (در ۲ مطالعه از افشانه نیکوتین و در ۴ مطالعه دیگر به

مدت ۶ ماه تا ۱ سال از آدامس نیکوتین استفاده گردید) با حضور ۲۴۲۴ فرد سیگاری که مایل یا قادر به ترک ناگهانی نبودند، در ۱۵/۹٪ افراد سیگاری که NRT مصرف کردند کاهش مصرف روزانه (بیش از ۵۰٪) گزارش شد، درحالیکه کاهش مصرف در ۶/۷٪ افرادی مشاهده شد که شیه دارو مصرف می‌کردند. (۱۸۹) پس از یک سال میزان ترک سیگار در بین مصرف‌کنندگان NRT، ۸/۴٪ و در مصرف‌کنندگان شبه‌دارو ۴/۱٪ بوده است. کاهش مصرف روزانه بیش از ۵۰٪ بعد از ۳-۴ ماه عامل پیش‌بینی کننده مهمی برای ترک سیگار افراد پس از یک سال بوده است. حضور در آزمایش کاهش مصرف باعث افزایش انگیزه ترک بوده است.

گرچه پس از ۱۸ ماه تعداد سیگار مصرفی روزانه به ۳۶٪ خط اصلی گروه نیکوتین فعال کاهش یافت، میزان سطح متوکسیدکربن فقط به ۷۱٪ خط اصلی کاهش پیدا کرد که نشان‌دهنده حد متوسط جریان بوسیله مصرف مؤثرتر هر سیگار بوده است (مصرف هر سیگار با پک‌های عمیق‌تر، طولانی‌تر و بیشتر). (۱۸۹)

در تجزیه و تحلیل ۱۹ آزمایش NRT برای کاهش مصرف سیگار، در گروه‌های مصرف‌کننده NRT میزان کاهش مصرف روزانه سیگار از ۲۵٪ (کاهش مطلق ۸ نخ سیگار در روز) به ۵۵٪ (۲۳ نخ سیگار در روز) رسیده است، در حالیکه در گروه مصرف‌کننده شبه‌دارو، این کاهش از ۱۳٪ (۳۰ نخ سیگار در روز) به ۲۶٪ (۸ نخ سیگار در روز) رسیده است.

#### کاهش آسیب:

روش دیگر کاهش آسیب ناشی از مصرف سیگار، اصلاح محصولات دخانی می‌باشد. (۱۹۲ و ۱۹۳) مصرف سیگارهای کم خطرتر برای افراد سیگاری که انگیزه‌ای برای ترک ندارند، بهتر می‌باشد. همچنین در مقایسه با مصرف سیگار استفاده از مواد دخانی بدون دود (تثاکیوی جویدنی و انفیبه) نیز می‌تواند راه دیگر استعمال دخانیات باشد.

#### بکارگیری روش کاهش مصرف سیگار:

روش کاهش مصرف سیگار باید به بیماران سیگاری توصیه شود که مبتلا به اختلالات تنفسی بوده و انگیزه‌ای برای

ترک ندارند. لازم است به مدت ۳ ماه برای آنها NRT (آدامس نیکوتین یا افشانه) تجویز گردد و در طول هفته‌های اول و دوم توصیه می‌شود که تعداد سیگارهای مصرفی روزانه‌شان را تا ۵۰٪ و یا بیش از آن کاهش داده و بعد از آن نیز سعی کنند این کاهش را ادامه دهند. در صورتیکه پس از ۳ ماه فرد سیگاری میزان مصرفش را تا ۵۰٪ و یا بیش از آن کم نکرده باشد، مصرف NRT باید متوقف شود زیرا از آن به بعد نیز احتمال ترک ضعیف می‌باشد. در افراد سیگاری که پس از ۳ ماه میزان مصرفشان را تا ۵۰٪ و یا بیش از آن کاهش داده‌اند، لازم است مصرف NRT به مدت یکسال ادامه یابد. ولی بعد از ۶ ماه باید به بیمار توصیه شود که مصرف سیگار را به کلی متوقف سازد. هدف از این روش این است که کاهش موفقیت آمیز مصرف سیگار در این گروه افراد سیگاری سرسخت باعث ایجاد انگیزه ترک می‌شود. با این وجود، چنین روش کاهش مصرفی به منظور ترک سیگار فقط در افراد سیگاری سالم مورد آزمایش قرار گرفته است. بطور خلاصه می‌توان گفت، به نظر می‌رسد که برای رسیدن به ترک کامل، روش کاهش مصرف در افراد سیگاری مؤثر می‌باشد که در حال حاضر مایل یا قادر به ترک نمی‌باشند. همچنین شواهد محدودی موجود می‌باشد که نشان می‌دهد کاهش مصرف سیگار به خودی خود، باعث بهبود سلامتی می‌گردد.

#### فصل نهم

#### ارائه خدمات و آموزش سازمان یافته

شواهد و دستورالعمل‌های فوق کاملاً بیانگر نقش ترک سیگار به عنوان یک مداخله مهم و ضروری در اکثر بیماران تنفسی می‌باشد. خدمات ترک سیگار نیز باید همانند آزمایش عملکرد ریه و برونکوسکوپی جزء اصلی یک واحد تنفسی بوده و همچنین جدای از ایجاد انگیزه در فرد سیگاری باید به تمامی بیماران تنفسی سیگاری توصیه و کمک شود ولی اولویت ارائه خدمات یا افرادی است که قصد ترک دارند. به افراد سیگاری که قادر به ترک نیستند لازم است کمک شود تا مصرف سیگارشان را کاهش دهند. کمترین خدماتی که بخشهای تنفسی باید ارائه دهند، فراهم سازی حمایت‌های لازم برای ترک سیگار، ارائه NRT



سیگار را نداشته باشد، لازم است لیستی از مراکز خدماتی تهیه می‌کند که بیماران را برای مراجعه به آنها راهنمایی نماید.

همچنین از آنجایی که بسیاری از بیماران COPD غالباً با پزشکان‌شان مشاوره می‌کنند، همکاری پزشکان عمومی در ترک سیگار حائز اهمیت می‌باشد.

#### آموزش :

نشان دادن تأثیر دستورالعمل‌ها در تغییر عملکردهای بالینی کار مشکلی بوده است. (۱۹۸) آموزشهای چند روزه غیرمؤثر می‌باشند و بکارگیری چند ابزار مؤثرتر از یک مورد است. موارد زیر باعث تغییر رفتار پزشکان می‌شود: (۱۹۹)

آموزش توسط پزشک پیشگام صاحب‌نظر؛ واکنش کامپیوتری شده فعلی درباره تصمیمات بالینی؛ شرح آموزشی (آموزش یک به یک، اغلب توسط یک داروساز)؛ انگیزه‌های پزشکان؛ و همچنین آموزش بیمار با اطلاعات و انگیزه‌های بیمار.

این دستورالعمل‌ها باید ساده، عملی، قابل استفاده و قابل انعطاف بوده و لازم است تمرکز فزاینده‌ای بر اعمال آن صورت گیرد. (۱۹۸ و ۲۰۰)

ترک سیگار باید بخشی از هسته برنامه آموزشی دوره‌های لیسانس، فوق لیسانس و آموزش پزشکان قرار گیرد.

تجربه مؤلفان فعلی نشان داده است که در بین شاغلین گروه پزشکی و سلامت آگاهی از وابستگی به دخانیات و ترک آن کاملاً متفاوت می‌باشد. این آگاهی بویژه آگاهی از دارودرمانی فعلی در ترک سیگار، لازم است برای پزشکان ارتقا یابد. از آنجایی که منشأ بسیاری از اختلالات ریوی مصرف سیگار می‌باشد، آگاهی پزشکان بالینی بیماریهای ریوی درباره ترک سیگار باید در حد اطلاعات مربوط به دیگر درمانهای ریوی از جمله برونکودیلاتورها و استروئیدهای تنفسی باشد.

مشاوران ترک سیگار باید دوره‌های آموزش رسمی را بگذرانند و استفاده از این دوره‌ها همواره تکرار شده تا بر کارکنان این جرگه تأثیرگذار واقع شوند. اگر تمامی پزشکان بالینی بیماریهای ریوی در دوره‌های فوق شرکت کنند، بهترین نتیجه ممکن حاصل می‌شود. همچنین در کنفرانس سالانه انجمن ریه اروپا نیز لازم است برای دوره‌های

و یا بوپروپیون SR و حداقل ۴ جلسه پیگیری برای تمامی افراد سیگاری است. جزئیات دقیق هر یک از خدمات به عوامل محلی و تفاوت‌های ملی بستگی دارد و حقیقت این است که پزشکان کلینیکهای خصوصی برای بیش از یک سوم افراد سیگاری مداخله‌ای انجام نمی‌دهند. (۹)

ترک سیگار به دو صورت گروهی یا فردی قابل اجرا می‌باشد، ولی لازم است در کادر واحدهای تنفسی و برنامه کلینیکها، تلفیقی از زمان و نیروی انسانی به همراه بودجه لازم جهت دارودرمانی بکار گرفته شود.

#### شناسایی روشمند افراد سیگاری :

به منظور شناسایی افراد سیگاری، جمع‌آوری اطلاعات درباره سوابق مصرف سیگار بیماران و ارائه توصیه‌های مختصر با تنویق آنها برای ارجاع به مراکز ترک سیگار، لازم است برنامه سازمان یافته‌ای در بیمارستانها (برای بیماران بستری یا بیماران سرپایی) فراهم گردد. (۱۹۵ و ۹) آژانس سیاستهای مراقبتهای بهداشتی و تحقیقاتی ایالات متحده (۹) معتقد است که هرگونه فضای پزشکی باید نظامی برای شناسایی افراد سیگاری اتخاذ نماید. متآنالیز ۹ مطالعه نشان داده است، زمانی که به منظور شناسایی وضعیت مصرف سیگار از روش غربالگری استفاده گردید، میزان مداخلات تخمینی بوسیله پزشکان بالینی بر روی بیماران سیگاری‌شان از ۳۹٪ به ۶۶٪ (CI/۹۵) ۵۸-۷۳٪ افزایش یافت. با توجه به میزان ترک، در بررسی تأثیر نظام شناسایی در مقایسه با عدم وجود این شناسایی (۳=۱۱ مطالعات)، میزان ترک تخمینی ۶۴٪ (۱۱/۶٪-۳/۱) در مقابل ۳/۱٪ (بی‌معنی) گزارش گردید، هر چند که این آمار براساس تعداد اندکی مطالعه می‌باشند. (۹)

#### تجهیزات و کارکنان :

به منظور اجرای ارزیابی فوق ضروری است هر واحد بالینی مجهز به متخصصین و وسایل لازم باشد که عبارت از برخورداری از وسایل اندازه‌گیری میزان سطح مونوکسیدکربن بازدمی، وابستگی به نیکوتین و ایجاد انگیزه برای ترک است. (۱۹۷ و ۱۹۶ و ۸۰)

یک یا دو نفر از کارکنان باید مسئول برنامه های ترک سیگار، آموزش کارکنان و برنامه‌ریزی جنبه‌های عملی آن باشند در صورتیکه کلینیک امکان ارائه خدمات ترک

کارشناسی ارشد و دکترای کلاسهای ترک سیگار برگزار شود. سیگار کشیدن پزشکان ربوی و شاغلین گروه پزشکی و نگرش آنها نسبت به مصرف سیگار مغایرتی با توانایی مبارزه آنها با ترک سیگار ندارد ولی توصیه‌های پزشکان سیگاری کاملاً مؤثر واقع نمی‌شود. مراقبتهای بهداشتی بدون دخانیات:

در بیمارستانها لازم است مصرف سیگار توسط بیماران بستری، بیماران سربایی و کارکنان ممنوع شود. تمامی بیمارستانهای ایالات متحده یک دهه پیش و بدون هیچ مشکل جدی، بدون دخانیات اعلام شدند و در اروپا نیز از مدتها قبل تر این قانون اعمال گردید. مهمترین ارزش مراقبتهای بهداشتی بدون دخانیات، اثری است که بر بیماران، اقوامشان و کل جامعه می‌گذارد. همچنین برای فرد سیگاری، درمان در یک کلینیک تنفسی با نشان ممنوعیت استعمال دخانیات قابل اعتمادتر می‌باشد. از طرفی دیگر کارکردن در محیطهای بدون دخانیات مانع از بروز اثرات سوء استنشاق دود تحمیلی سیگار می‌شود.

زمانی که یک فرد سیگاری مبتلا به بیماریهای تنفسی در یک بخش بدون دخانیات بستری می‌شود، به غیر از انگیزه ترک، امکان مداخلات بیشتری برای فرد بیمار وجود دارد. چنین بخشی باید مجهز به ارائه NKT یا بوپروپیون SR در کنار توصیه های لازم و حمایتهای رفتاری توسط مشاور ترک سیگار باشد. شبکه بیمارستانهای بدون دخانیات اروپا شامل ۱۶ کشور عضو می‌باشد. این سازمان اعمال دستورالعمل‌های لازم برای تبدیل یک بیمارستان به بیمارستان بدون دخانیات را پایه‌گذاری کرده و اجرای این دستورالعمل‌ها را به شاغلین گروه پزشکی و سلامت آموزش داده است. (۲۰۲)

برخی کلینیکهای تنفسی نیز می‌توانند با ارائه خدمات لازم آموزش، تحقیق، حمایت و تبلیغات را برای متخصصان محلی جامعه فراهم آورده و امکان آزمایش و توسعه درمانهای جدید را بوجود آورند.

## فصل دهم

### هزینه‌های مصرف سیگار و ترک سیگار از نظر اقتصادی

هزینه بیماریهای ناشی از مصرف سیگار :

طی یکی از مطالعات اخیر ایالات متحده بر روی کل جمعیت آمریکا، مشخص گردید که تفاوت هزینه‌های

پزشکی افراد سیگاری بر اثر بیماریهای ناشی از مصرف سیگار در مقایسه با افراد غیرسیگاری ۶ میلیارد دلار می‌باشد. (۲۰۳) در کشور هلند نیز به هنگام تورم شدید قیمتها در سال ۱۹۹۷، هزینه بیماریهای ناشی از مصرف سیگار در طول عمر کل مردان کشور ۷/۲۷ میلیارد دلار و برای زنان ۹/۴۷ میلیارد دلار بوده است. (۲۰۴) این ارقام به غیر از هزینه‌های اقتصادی ناشی از دست‌دادن روزهای کاری بوده که بر اثر فوت یا مرگ زودهنگام بوجود آمده است.

طی مطالعه‌ای بر روی هزینه بیماریها که سال ۱۹۹۶ در آلمان انجام گرفت، (۲۰۵) کل هزینه‌های بهداشتی ناشی از مصرف سیگار در سال ۱۹۹۶ برای بیماران COPD معادل ۵/۴۷۱ میلیارد یورو (کسر مربوطه به موجب مصرف سیگار ۰/۷۳)، برای سرطان ریه ۲/۵۹۳ میلیارد یورو (۰/۸۹)، برای سرطان دهان و حنجره ۹۹۶ میلیون یورو (۰/۶۵)، سکته مغزی ۱/۷۷۴ میلیارد یورو (۰/۲۸)، بیماریهای سرخرگی کرونری ۴/۹۶۳ میلیارد یورو (۰/۳۵) و بیماریهای انسدادی تصلب شریین ۷۶۱ میلیون یورو (۰/۲۸) بوده است. در مجموع، کل بار مالی هزینه‌های بهداشتی درمانی ناشی از مصرف سیگار در آلمان طی سال ۱۹۹۶ برابر ۱۶/۶ میلیارد یورو بوده است.

از طرفی دیگر هزینه‌های سالانه برای خدمات بهداشتی ملی کشور انگلستان (NHS) بر اثر بیماریهای ناشی از مصرف سیگار در بزرگسالان طی سال ۱۹۹۸ به ۲/۳ میلیارد یورو رسیده است. (۲۰۷) و در سال ۲۰۰۰ نیز بر اثر مصرف سیگار هزینه‌های مربوط به روزهای کاری از دست رفته در این کشور ۱۳۰ میلیارد یورو تخمین زده شده و سرطان ریه ۵/۷٪ از کل هزینه‌های NHS را شامل می‌شود. از کل هزینه‌های بهداشتی، ۹۰٪ هزینه‌های سرطان ریه از بیمارستانها بوده تا مراقبت های اولیه. (۲۰۷)

ادامه دارد.....



**همکار و خواننده گرامی،** از آنجا که ماهنامه کنترل دختبات، 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 دختبات 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 ذره بین ---      ز- صفحه آخر ---

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

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

**پیشنهادها و انتقادهای:**