

# کنترل دخانیات

ماہنامہ اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور  
سال دوم شماره ۶ اسفند ماه ۱۳۸۹ - تیراژ ۱۰۰۰ نسخه - بہاء ۱۵۰۰۰ ریال



عنوان اولین جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات

اسفند

۱۸

# مجله تخصصی پزشکی و دندانپزشکی

بسم الله الرحمن الرحيم

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۸ اسفند ۱۳۸۹

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

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

صاحب امتیاز

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مدیر مسئول و سردبیر

دکتر غلامرضا حیدری

هیأت تحریریه

دکتر حبیب امامی، دکتر مسلم بهادری،

دکتر علی رمضانخانی، دکتر بابک شریف کاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریانیپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

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

گرافیکست و صفحه آرا

فائزه صفرعلی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

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
۱۳	عقاید افراد سیگاری تایلند و مالزی درباره آسیب‌رسانی سیگارهای سبک و نعنایی زیر ذره‌بین
۱۷	صدای قل‌قل قلبان نمی‌آید از این شهر ما توانستیم، شما هم می‌توانید
۱۹	فعالیت‌های مرکز
۲۱	برگزاری شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات نشست تخصصی بررسی مسائل پارک بدون دخانیات و راه‌اندازی کلینیک ترک سیگار دومین نشست تخصصی بررسی مسائل پارک بدون دخانیات و راه‌اندازی کلینیک‌های ترک سیگار شرکت در سومین نشست علمی نقش ماما در کنترل مصرف سیگار
۲۱	اخبار کشوری
	پارک قائم پارکی بدون دخانیات USB قلبان میوه‌ای زنان سیگاری از مصرف قرص‌های ضدبارداری پرهیز کنند مصرف سیگار باعث بیش از ۲ هزار مرگ در هفته می‌شود برگزاری اولین جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات دود سیگار مهمترین عامل بروز حملات آسم در کودکان ممنوعیت مصرف سیگار در فرودگاه‌های عربستان سعودی
۲۳	اخبار بین‌المللی
	مارلبورو در بین بیست مارک پرفروش جهان قربانیان مصرف سیگار سیگار کشیدن درد ناشی از سرطان را افزایش می‌دهد افزایش مالیات سیگار در نیویورک درخواست مکان‌های ویژه افراد سیگاری
۲۹	نشستی با صاحب‌نظران
	دکتر مرجان کریمی
۳۱	قانون جامع کنترل دخانیات
۳۳	مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
	درباره سیگار
۳۵ - ۴۳	خلاصه فعالیت‌های مرکز به زبان انگلیسی

# 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







همیشه رسم بر این است در انتهای سال نگاهی به فعالیت‌های انجام شده و وقایع گذشته بیاندازیم و درس بگیریم نقاط ضعف و قوت را بشناسیم و برای بهتر شدن برنامه‌ریزی کنیم. در سال ۱۳۸۹ شماره دیگر مجله نوپا کنترل دقتیات را با سعی و تلاش همکاران تحریریه و اجرایی عرضه نمودیم. این مهم با فون دل خوردن و سختی کشیدن از کمبود امکانات حاصل شد ولی از آنجا که هدف ما این بود با به‌روز ماندن، اطلاعات و اقبال مهم مربوط به مضرات دقتیات و راه‌های مبارزه با آن را در اختیار علاقه‌مندان قرار دهیم تا راه‌کاری باشد برای دست‌اندرکاران حوزه سلامت جهت ارتقا سطح سلامت جامعه سعی و تلاش بسیار کردیم. امید است این زحمات مؤثر واقع شده باشد.

با ارزیابی نظرات رسیده به مجله می‌شود به این مطلب برسیم که آرام آرام مجله جای خود را در بین مخاطبین باز کرده است و همین بس که برای فعالیت‌های بیشتر و مطلوب‌تر انرژی بگیریم و عمل کنیم. همیشه مشتاق گرفتن انتقادات و پیشنهادات شما هستیم.

سرردیبر

## Malaysian and Thai smokers' beliefs about the harmfulness of 'light' and menthol cigarettes

B King,<sup>1</sup> H-H Yong,<sup>1</sup> R Borland,<sup>1</sup> M Omar,<sup>2</sup> A A Ahmad,<sup>2</sup> B Sirirassamee,<sup>3</sup>  
S Hamann,<sup>4</sup> R J O'Connor,<sup>5</sup> M Bansal-Travers,<sup>5</sup> T Elton-Marshall,<sup>6</sup> W B Lee,<sup>6</sup>  
D Hammond,<sup>7</sup> J Thrasher<sup>8</sup>

<sup>1</sup>VicHealth Centre for Tobacco Control, The Cancer Council Victoria, Carlton, Victoria, Australia

<sup>2</sup>National Poisons Centre, Universiti Sains Malaysia, Penang, Malaysia

<sup>3</sup>Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>4</sup>Tobacco Control Research and Knowledge Management

Center, Thai Health Promotion Foundation, Bangkok, Thailand

<sup>5</sup>Department of Health Behavior, Roswell Park Cancer Institute, New York, USA

<sup>6</sup>Department of Psychology, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada

<sup>7</sup>Department of Health Studies and Gerontology, University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada

<sup>8</sup>Department of Health Promotion, University of South Carolina, Columbia, South Carolina, USA

Correspondence to: B King, VicHealth Centre for Tobacco Control, The Cancer Council Victoria, 100 Drummond St Carlton, Victoria 3053, Australia; b.king@cancer.org.au

Received 9 October 2009

Accepted 28 December 2009

### ABSTRACT

**Objective** This study explored the extent to which Malaysian and Thai smokers believe "light" and menthol cigarettes are less harmful than "regular" cigarettes and the correlates of these beliefs.

**Methods** The study used data from wave 1 of the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. 2006 adult smokers (95.3% male) from Malaysia and 2000 adult smokers (94.5% male) from Thailand were interviewed face to face in 2005.

**Results** 29% of Malaysian respondents reported currently smoking light cigarettes and 14% menthols, with 19% agreeing that lights are less harmful and 16% agreeing that menthols are less harmful. 38% of Thai respondents reported currently smoking light cigarettes and 19% menthols, with 46% agreeing that lights are less harmful and 35% agreeing that menthols are less harmful. Malaysian smokers reporting current use of light or menthol cigarettes were more likely to believe that they are less harmful. Reported use of lights did not relate to beliefs for Thai respondents. The belief that light and/or menthol cigarettes are less harmful was strongly related to the belief that they have smoother smoke.

**Conclusions** The experience of smoother smoke is likely to produce some level of belief in reduced harm, regardless of how brands are labelled and whether or not Federal Trade Commission FTC/International Organisation for Standardisation tar, nicotine and carbon monoxide yield figures are used.

smoking is harmful.<sup>1-3</sup> In the case of cigarettes that are frequently labelled light, mild or low tar, the smoke usually tastes weaker and produces less irritation to the throat and chest than smoke from regular cigarettes because it is inhaled in larger, more dilute puffs.<sup>7</sup> This is achieved principally through a combination of a higher level of filtration of the mainstream smoke by longer and denser filters and dilution of mainstream smoke with fresh air by filter ventilation. In the case of menthol cigarettes, vapourised menthol carried in the mainstream smoke masks sensations of harshness, partly through anaesthetising irritation receptors in the upper respiratory tract and partly through stimulating cold receptors.<sup>4, 5</sup> Menthol also masks the stale after taste of tobacco smoke by providing a lingering pleasant taste.

In many countries, factory-made cigarettes carry information about Federal Trade Commission/International Organisation for Standardisation (ISO) machine measurements of tar, nicotine and carbon monoxide, implying that cigarettes with lower yields reduce smokers' exposures to hazardous smoke constituents. The practice of yield labelling began, while expert opinion held that smoking lower yield cigarettes would indeed reduce exposures.<sup>6, 7</sup> However, that earlier expert consensus has broken down over the last two decades as evidence mounted that:

1. Smokers compensate for reduced nicotine yields.<sup>8, 9</sup>
2. Lower yield cigarettes have been designed to facilitate compensation.<sup>2, 10</sup>
3. Anticipated population-level reductions in disease did not eventuate.<sup>11</sup>

Nonetheless, the belief that low tar cigarettes are less harmful persists among consumers and even public health officials in many countries. Finally, the marketing of light or low tar brands has long used imagery suggesting healthiness,<sup>12, 13</sup> and even the restricted ongoing marketing in most jurisdictions may be adequate to influence smokers' beliefs. The use of the term light has been a particular focus of concern insofar as it is widely used to label processed foods and beverages with reduced fat, sugar or alcohol contents and may thus produce more associations with "healthiness" than other terms used in cigarette brand names.

Menthol cigarettes, unlike lights, have never been believed by experts to have potential public health benefits (at least as far as we are aware). However, the other sources of persuasion appear to have been active. The experience of menthol cigarettes

"Light" (or "mild" or "low tar") and "menthol" cigarettes are two classes of factory-made cigarette that are commonly distinguished from "regular" or "full flavour" cigarettes. Major brand families frequently include light and menthol varieties, marketed alongside a regular one. Some brand varieties may also be marketed as both light and menthol. Colour coding of packs is also used to distinguish light and menthol varieties from regular ones.

The tobacco industry generally claims that light and menthol brands exist merely to cater to individual taste preferences. However, some smokers believe that they will experience reduced harm by smoking light or menthol cigarettes instead of regular ones<sup>1-3</sup>. Potential sources of belief include direct sensory impressions, marketing imagery associating light or menthol brands with healthiness and folk beliefs about the medicinal properties of menthol and quantitative information about tar, nicotine and carbon monoxide yields.

Both light and menthol cigarettes have mechanisms for reducing sensory perceptions that





## عقاید افراد سیگاری تایلند و مالزی درباره آسیب‌رسانی سیگارهای سبک و نعنایی

ترجمه و نقد: دکتر غلامرضا حیدری  
Tob Control 10.1136/tc.2009.034256

**هدف:** این مطالعه عقاید افراد سیگاری در تایلند و مالزی در مورد کم‌خطر بودن سیگارهای نعنایی و سبک در برابر سیگارهای معمولی را آشکار می‌سازد.

**روش:** در این مطالعه از اطلاعات مرحله اول طرح بین‌المللی کنترل دخانیات در جنوب شرقی آسیا استفاده شده است. در سال ۲۰۰۵ میلادی تعداد ۲۰۰۶ فرد سیگاری بالغ (۹۵/۳٪ مرد) در مالزی و ۲۰۰۰ فرد سیگاری بالغ (۹۴/۵٪ مرد) در تایلند مورد مصاحبه رخ به رخ قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** ۲۹ درصد افراد سیگاری مالزیایی مصرف سیگار سبک و ۱۴ درصد آنان مصرف سیگار نعنایی را گزارش کردند. ۱۹٪ آنان معتقدند سیگار سبک و ۱۶٪ آنان معتقد بودند سیگار نعنایی کم‌ضررتر است. ۳۸ درصد تایلندی‌ها سیگار سبک و ۱۹ درصد آنان سیگار نعنایی مصرف کردند و ۴۶٪ آنان به کم‌ضرری سیگار سبک و ۳۵٪ به کم‌ضرری سیگار نعنایی اعتقاد داشتند. مالزیایی‌ها مصرف سیگار سبک و نعنایی را به کم‌ضرری آنها مرتبط می‌دانند. این وضعیت در تایلندی‌ها گزارش نشده است. اعتقاد کم‌ضرری سیگار سبک و نعنایی ارتباط قوی با این باور دارد که دود آنها ملایم‌تر است.

**نتیجه‌گیری:** تجربه ملایم‌تر بودن دود با به وجود آمدن سطوحی از این باور که ضرر کمتری دارد مرتبط است که این موضوع با چگونگی مشخصات و نشانه‌های استاندارد تار و نیکوتین و مونوکسیدکربن اعلام شده توسط کمیسیون تجارت فدرال مربوط نمی‌باشد. مقاله فوق که حاصل یک مطالعه چند مرکزی است از همکاری نفرات صاحب‌نظر در امر کنترل دخانیات بین‌المللی سود می‌برد و همین امر باعث شده علی‌رغم

نو نبودن موضوع آن به درستی در معتبرترین مجله مربوطه چاپ گردد.

روش اجرا و نیز نوع بررسی و تحلیل آن بسیار حرفه‌ای و بی‌نقص است و با اینکه نکته منحصر به فرد و جدیدی را در پایان آشکار نمی‌سازد ولیکن برای چندمین بار به نگرش و باور غلط افراد سیگاری درباره کم‌ضرر بودن سیگار سبک و نعنایی اشاره می‌کند در این جا قصد داریم بعد از اشاره به این مقاله آن را با تجربه مشابه در تهران سال ۸۴ مقایسه کنیم.

سیگار کشیدن یکی از علل عمده مرگ و میر و بیماری‌های قابل پیشگیری در دنیا می‌باشد. امروزه جوامع نسبت به این معضل بهداشتی آگاه شده‌اند و تغییراتی در نگرش افراد نسبت به سیگار به ویژه در جوامع پیشرفته ایجاد شده است. متأسفانه کارخانه‌های سودجوی دخانیات با درک این مطلب شروع به ترویج مطلب جدیدی از دهه ۶۰ به بعد تحت عنوان سیگارهای سبک و بسیار سبک نموده‌اند تا بتوانند جایگزین سیگارهای معمولی در افرادی شود که به علت نگرانی از خطرات ناشی از سیگار تصمیم به ترک گرفته‌اند.

سیگار ملایم که حاوی مقادیر ۱-۰/۵ میلی‌گرم نیکوتین و ۱۰-۵ میلی‌گرم قطران در هر نخ می‌باشد، چند دهه است که تولید و مصرف می‌گردد. تولید این نوع سیگار به دلیل فوق، شروع و افزایش پیدا کرد. بررسی‌های علمی قبلی نشان داد که میزان مواد سمی موجود در دود سیگار به ویژه قطران ارتباط مستقیمی با بروز بیماری‌های مختلف در افراد سیگاری دارد، به همین خاطر صنایع دخانیاتی با این ترفند شیوع مصرف این نوع از سیگار را دامن زدند. از آنجایی که مطالعات بعدی زیان‌بارتر بودن این نوع سیگار را ثابت کرد، مقرر گردید در برنامه‌های کنترل دخانیات با این نگرش که سیگار لایت، سیگار بهداشتی و کم‌ضرری می‌باشد و ترک آن آسان است و برای آنهايي که نمی‌توانند سیگار را ترک نمایند، شیوه مناسب‌تری است با جدیت مبارزه گردد.

شواهد متضادی درباره تأثیر این محصولات بر طیف بیماری‌های ناشی از سیگار وجود دارد. بسیاری از سیگاری‌هایی که سیگار سبک و بسیار سبک مصرف می‌کنند، باور دارند که کشیدن این سیگارها فوائد

بهداشتی اساسی دارد که وابسته به تجربه آنها در مورد تندی کمتر این سیگارها و باورشان به کمتر بودن تار و نیکوتین آنها و در نتیجه بی خطر بودنشان می باشد. این در حالی است که مطالعات انجام شده توسط انستیتوی ملی سرطان آمریکا نشان می دهند که هیچ نوع فواید بهداشتی در مصرف کنندگان سیگارهای سبک و بدون تار وجود ندارد و درصد شیوع سرطان ریه، حملات قلبی و سایر بیماری های وابسته به دخانیات همانند سیگارهای معمولی می باشد. در ایران هم با توجه به تجربیات بدست آمده، شیوع مصرف سیگارهای سبک به ویژه در بین زنان و جوانان در حال افزایش است ولی اطلاعات جامعی از شیوع این عارضه اجتماعی در کشور وجود ندارد.

گرایش افراد به سیگارهای سبک و بسیار سبک ناشی از برداشت نادرست آنها نسبت به خطرات این سیگارها می باشد، بنابراین شناخت نگرش این افراد در مورد سیگارهای سبک و میزان شیوع مصرف آنها، می تواند در برنامه ریزی های مربوط به اولویت های بهداشتی در کشور ما مفید باشد. سوالات و ابهامات موجود در مورد کارایی این اقدامات، در تغییر نگرش افراد به ویژه زنان و جوانان که قشر عمده مصرف کننده این سیگارها می باشند، وجود دارد.

همان طوری که در جدول ۱ ملاحظه می شود تفاوتی در شیوع مصرف سیگار در زنان و مردان این دو کشور نمی باشد. تایلندی ها به نسبت کاملاً بیشتری سیگارهای دست ساز مصرف می کنند و نیز بیشتر در حاشیه شهرها سکونت دارند. همچنین افراد با میزان سواد کمتر در آنان بیشتر می باشد و مقدار وابستگی به نیکوتین در آنان بالاتر است و جالب این که با این وجود به نسبت افراد مالزیایی باور بیشتری درباره ضررهای سیگار و آسیب های سلامتی ناشی از مصرف آن را دارند.

در جدول ۲ به وضوح مشخص است که تایلندی ها از این نوع سیگارها بیشتر استفاده می کنند و یا قبلاً استفاده می کرده اند. همچنین تایلندی ها بیشتر به کم ضرر بودن این سیگارها معتقد بودند.

در مطالعه مشابهی که در سال ۸۴ در تهران توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات انجام

شده آمده است که در بین پرسش شونده ها ۳۶٪ (۹۸۸ نفر) افراد سیگار معمولی، ۴۷٪ (۱۳۱۱ نفر) سیگار ملایم و ۱۶٪ (۴۵۳ نفر) هر دو طعم سیگار را مصرف می نمودند. در بین این افراد ۱۶۰۹ نفر (۵۴٪) بین ۱۱ تا ۲۰ نخ در روز مصرف داشتند. کمترین تعداد ۱ عدد و بیشترین تعداد ۸۰ عدد و بیشترین توزیع ۲۰ عدد بود. میانگین مصرف روزانه نیز  $10/16 \pm 16/81$  به دست آمد.

در این میان ۷۱٪ افراد اعتقاد داشتند که خطرات بهداشتی سیگار ملایم نسبت به سیگار معمولی کمتر است و ۲۱٪ با این موضوع مخالف بودند. در جامعه مورد مطالعه، ۴۴٪ افراد، مواد سمی سیگار ملایم را نسبت به سیگار معمولی کمتر می دانستند و ۲۱٪ افراد با این موضوع مخالف بودند. در بین پرسش شونده ها ۴۹٪ افراد طعم سیگار ملایم را کاملاً بهتر از سیگار معمولی اعلام نمودند، و ۱۵٪ نیز با این موضوع مخالف بودند. در این میان ۳۰٪ سیگاری ها اعتیادآوری سیگار ملایم را نسبت به سیگار معمولی کمتر دانسته اند و ۳۴٪ در مورد این موضوع اعلام نظر نکرده و ۳۰٪ با این موضوع مخالف بودند.

۳۱٪ افراد، اقدام به ترک را در سیگار ملایم بیشتر از سیگار معمولی دانسته و ۲۹٪ نیز با این موضوع مخالف بودند.

در این جامعه ۴۵٪ سیگاری ها تفاوتی بین سیگار ملایم و سیگار معمولی نمی دیدند و ۴۹٪ نیز این دو نوع سیگار را متفاوت اعلام کرده بودند. در مقایسه مقدار نیکوتین و قطران موجود، ۴۲٪ افراد (۱۲۱۵ نفر) سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر اعلام نموده بودند. در مقایسه با مقدار نیکوتین و قطران رسیده به بدن، ۴۲٪ افراد (۱۲۱۱ نفر) سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر اعلام نموده بودند. توزیع فراوانی نوع سیگار مصرفی بر حسب جنس نشان می دهد که ۳۵٪ افراد (۹۸۸ نفر)، سیگار معمولی و ۴۷٪ (۱۳۱۱ نفر)، سیگار ملایم مصرف می کردند که در این میان ۷۱٪ (۳۸۷ نفر) زنان، سیگار ملایم مصرف می کنند. در حالی که این رقم در مردان، ۴۱٪ (۹۲۴ نفر) می باشد ( $P < 0/001$ ). توزیع فراوانی آگاهی از میزان خطرات



سیگار مصرفی بر حسب جنس نشان داد که  $68/2\%$  مردان و  $82/8\%$  زنان خطرات بهداشتی سیگار سبک را از سیگار معمولی کمتر اعلام نموده‌اند ( $P < 0/001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار سبک بر حسب جنس، نشان می‌دهد که  $38/2\%$  مردان و  $62/1\%$  زنان مقدار نیکوتین و قطران رسیده به بدن ناشی از مصرف سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر دانسته‌اند ( $P < 0/001$ ). توزیع فراوانی نوع سیگار مصرفی بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد، افراد با تحصیلات زیر دیپلم  $42/4\%$  (نفر 549) سیگار معمولی و  $39/5\%$  (نفر 512) سیگار ملایم،  $18/1\%$  (نفر 234) هر دو را مصرف می‌کنند. توزیع فراوانی نوع سیگار مصرفی بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد، افراد با تحصیلات دیپلم  $31/4\%$  (نفر 275)، سیگار معمولی و  $51/4\%$  (نفر 450)، سیگار ملایم،  $17/2\%$  (نفر 151) هر دو را مصرف می‌کنند. از بین پرسش شونده‌ها، افراد با تحصیلات بالای دیپلم  $25\%$  (131 نفر) سیگار معمولی و  $64\%$  (339 نفر)، سیگار ملایم،  $10/5\%$  (55 نفر) هر دو را مصرف می‌کنند ( $P < 0/001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار لایت بر حسب تحصیلات نشان داد که افراد با تحصیلات زیر دیپلم  $68/2\%$ ، دیپلم  $72/2\%$  و بالای دیپلم  $77/1\%$  دارای این تصور می‌باشند که سیگار ملایم خطرات بهداشتی کمتری نسبت به سیگار معمولی دارد ( $P < 0/001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار لایت بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد  $39/5\%$  افراد با تحصیلات زیر دیپلم،  $41/3\%$  افراد با تحصیلات دیپلم و  $56\%$  افراد با تحصیلات دانشگاهی، مقدار نیکوتین و قطران رسیده به بدن از سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر می‌دانند ( $P < 0/001$ ).

مشاهده می‌شود این باور غلط در افراد سیگاری وجود داشته و به ملیت آنان ارتباطی ندارد در ادامه بحث مقاله آمده است که درک نادرست از لغات سبک، کم تار و بسیار سبک هر ساله میلیون‌ها نفر از افراد را در سراسر دنیا به مصرف این محصولات با تصور کم خطرتر بودن، سوق می‌دهد. طبق یک مطالعه انجام شده در آمریکا،  $46\%$  افراد سیگاری، سیگار معمولی،

$39\%$  سیگار سبک و  $15\%$  سیگار بسیار سبک مصرف می‌کنند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان بیشتر از سیگارهای سبک استفاده می‌کنند. در انگلیس این آمار  $58\%$  در زنان در مقایسه با  $50\%$  در مردان می‌باشد. با توجه به یک بررسی بر روی 780 زن که سیگارهای سبک، ملایم یا با کم‌تار مصرف می‌کردند، حدود  $40\%$  باور داشتند که این سیگارها صدمه کمتری به بدن خواهند رساند. در افراد بالای 55 سال،  $64\%$  درصد از زنان در مقایسه با  $48\%$  از مردان در همین سن، سیگارهای سبک مصرف می‌کنند که بیشتر شامل Silkcut، مارلبورو لایت و کامل لایت می‌باشد.

به طور متوسط سیگاری‌ها باور دارند که سیگارهای ملایم منجر به کاهش 25 درصدی و مصرف سیگارهای بسیار سبک منجر به کاهش 33 درصدی در خطر سلامتی می‌شوند. این مطلب تمایل آنها را نسبت به ترک کاهش می‌دهد.

بررسی 50 ساله بر روی سیگارهای کم‌تار و سبک و اثرات آنها بر سلامت عمومی نشان می‌دهد که هیچ نوع فوائد بهداشتی در مصرف‌کنندگان سیگارهای سبک و بدون تار وجود ندارد. به عبارت دیگر خطر سرطان ریه، حملات قلبی و سایر بیماری‌های وابسته به دخانیات همانند سیگارهای معمولی می‌باشد. شواهدی وجود دارد که سیگاری‌ها با شدت بیشتری دود این سیگارها را استنشاق می‌کنند و از طرف دیگر هر 1 میلی‌گرم کاهش در تار و هر 0/96 میلی‌گرم کاهش در نیکوتین که توسط ماشین اندازه‌گیری، اعلام می‌شود به طور متوسط با افزایش  $2/31$  سیگار در روز همراه است. بنابراین تفاوتی در سطح مواد خطرناک نسبت به سیگارهای معمولی ایجاد نخواهد شد.

همچنین کارخانه‌های سازنده از نوعی فیلتر مخصوص در ساخت سیگارهای سبک استفاده می‌کنند که حاوی سوراخ‌های بسیار ریز می‌باشد که دود سیگار را با هوا رقیق می‌سازد و زمانی که این سیگارها توسط ماشین سیگارکشیدن استنشاق می‌شوند، به طور نادرست مقدار نیکوتین و تار را کمتر اندازه‌گیری می‌نمایند. بسیاری از سیگاری‌ها از وجود این سوراخ‌ها در فیلتر بی‌اطلاعند و بنابراین در زمان سیگار کشیدن،

سیگار مصرفی بر حسب جنس نشان داد که ۶۸/۲٪ مردان و ۸۲/۸٪ زنان خطرات بهداشتی سیگار سبک را از سیگار معمولی کمتر اعلام نموده‌اند ( $P < 0.001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار سبک بر حسب جنس، نشان می‌دهد که ۳۸/۲٪ مردان و ۶۲/۱٪ زنان مقدار نیکوتین و قطران رسیده به بدن ناشی از مصرف سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر دانسته‌اند ( $P < 0.001$ ). توزیع فراوانی نوع سیگار مصرفی بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد، افراد با تحصیلات زیر دیپلم ۴۲/۴٪ (نفر ۵۴۹) سیگار معمولی و ۳۹/۵٪ (نفر ۵۱۲) سیگار ملایم، ۱۸/۱٪ (نفر ۲۳۴) هر دو را مصرف می‌کنند. توزیع فراوانی نوع سیگار مصرفی بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد، افراد با تحصیلات دیپلم ۳۱/۴٪ (نفر ۲۷۵)، سیگار معمولی و ۵۱/۴٪ (نفر ۴۵۰)، سیگار ملایم، ۱۷/۲٪

(نفر ۱۵۱) هر دو را مصرف می‌کنند. از بین پرسش شونده‌ها، افراد با تحصیلات بالای دیپلم ۲۵٪ (نفر ۱۳۱) سیگار معمولی و ۶۴٪ (نفر ۳۳۹)، سیگار ملایم، ۱۰/۵٪ (نفر ۵۵) هر دو را مصرف می‌کنند ( $P < 0.001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار لایت بر حسب تحصیلات نشان داد که افراد با تحصیلات زیر دیپلم ۶۸/۲٪، دیپلم ۷۲/۲٪ و بالای دیپلم ۷۷/۱٪ دارای این تصور می‌باشند که سیگار ملایم خطرات بهداشتی کمتری نسبت به سیگار معمولی دارد ( $P < 0.001$ ). توزیع فراوانی نگرش افراد در مورد سیگار لایت بر حسب تحصیلات نشان می‌دهد ۳۹/۵٪ افراد با تحصیلات زیر دیپلم، ۴۱/۳٪ افراد با تحصیلات دیپلم و ۵۶٪ افراد با تحصیلات دانشگاهی، مقدار نیکوتین و قطران رسیده به بدن از سه نخ سیگار ملایم را با یک نخ سیگار معمولی برابر می‌دانند ( $P < 0.001$ ).

**Table 3** Correlates of current use of light and menthol cigarettes

Correlates	Current light use		Current menthol use	
	Malaysia N=1262 OR (95% CI)	Thailand N=1258 OR (95% CI)	Malaysia N=1317 OR (95% CI)	Thailand N=1258 OR (95% CI)
<b>Sex</b>				
Female	2.93 (1.21 to 6.59)*	2.97 (2.01 to 4.39)***	2.20 (0.99 to 5.45)	1.94 (0.91 to 3.70)
Male	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Locality</b>				
Rural	Ref	Ref	Ref	Ref
Urban	1.38 (0.99 to 2.10)	1.19 (0.96 to 1.65)	1.11 (0.78 to 1.59)	1.63 (1.00 to 2.64)*
<b>Region</b>				
Selangor/Bangkok	0.55 (0.19 to 1.62)	0.64 (0.41 to 0.99)*	0.24 (0.09 to 0.62)**	0.60 (0.36 to 1.02)
Other	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Education</b>				
No schooling/elementary	Ref	Ref	Ref	Ref
Secondary	1.26 (0.89 to 1.78)	1.73 (1.34 to 2.23)***	1.27 (0.79 to 2.03)	1.24 (0.87 to 2.06)
Post-secondary	2.07 (1.23 to 3.46)**	2.17 (1.49 to 3.27)**	0.80 (0.29 to 2.21)	1.49 (0.85 to 2.61)
<b>Time to first cig of day</b>				
Immediately	Ref	Ref	Ref	Ref
Before breakfast	0.48 (0.21 to 1.11)	1.10 (0.72 to 1.68)	0.79 (0.27 to 2.31)	1.17 (0.75 to 1.82)
With/after breakfast	0.92 (0.49 to 1.73)	1.92 (1.13 to 3.25)*	0.94 (0.29 to 3.16)	1.24 (0.80 to 2.00)
Later in the day	0.77 (0.22 to 2.69)	3.04 (1.21 to 7.64)*	0.50 (0.22 to 1.09)	1.86 (0.85 to 4.48)
<b>Types of cigarettes</b>				
Factory-made (FM) only	2.07 (0.85 to 6.57)	6.79 (3.99 to 11.54)***	1.40 (0.49 to 4.05)	6.94 (2.61 to 17.93)***
Mixed of FM and BYD	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Quit self-efficacy</b>				
Not at all sure	Ref	Ref	Ref	Ref
Somewhat sure	0.94 (0.49 to 1.79)	1.04 (0.60 to 1.36)	0.94 (0.60 to 1.47)	0.82 (0.57 to 1.17)
Very sure	0.69 (0.51 to 1.94)	1.05 (1.29 to 2.47)***	1.12 (0.57 to 2.23)	1.69 (1.06 to 2.68)*
Extremely sure	0.81 (0.19 to 3.39)	1.04 (0.65 to 1.66)	1.42 (0.64 to 3.19)	1.16 (0.63 to 2.14)
<b>Awareness of smoking harm</b>				
Lights easier to quit				
Agreeing	1.58 (0.89 to 2.79)	1.21 (0.81 to 1.99)	-	-
Other	Ref	Ref	-	-
Lights less harmful				
Agreeing	2.02 (1.22 to 3.34)**	0.67 (0.58 to 1.27)	-	-
Other	Ref	Ref	-	-
Lights smoother				
Agreeing	1.36 (0.67 to 2.74)	0.99 (0.74 to 1.34)	-	-
Other	Ref	Ref	-	-
Menthol less harmful				
Agreeing	-	-	4.65 (2.42 to 8.92)***	0.99 (0.50 to 1.96)
Other	-	-	Ref	Ref
Menthol smoother				
Agreeing	-	-	2.24 (1.16 to 4.31)*	2.29 (1.32 to 3.96)**
Other	-	-	Ref	Ref

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; BYD, roll your own. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ . The following non-significant variables were included in the regression models but not reported in the table above: age, income, cigarette per day, intention to quit, ever quit before, belief that smoking has damaged health and worried smoking will damage health.



**Table 1** Overview of Malaysian and Thai cigarette markets and sample characteristics

	Malaysia	Thailand
Adult prevalence (within last month)		
Male	46.4%	42.2%
Female	1.8%	2.8%
% Smokers factory made only#	82.6	41.8
% Smokers RYO only#	7.6	32.9
% Mixed FM and RYO#	9.8	25.3
Tar, nicotine, CO labelling	Maximum only (20 mg tar, 1.5 mg nicotine) since 1994	Never
Lights branding	English only Since 1992	Imported: English (since 1992) TTM: English/Thai (since 1994) (banned Mar 2007)
Sample characteristics		
N	1670	1370
Age groups (%)*		
18–24	18.4	9.8
25–39	34.5	31.4
40–54	31.5	42.5
55+	15.6	16.3
Sex		
Female (%)*	3.9	3.9
Locality		
Urban (%)*	63.7	31.5
Education levels (%)		
No schooling/elementary	22.7	65.3
Secondary	64.5	24.0
Post-secondary	12.8	10.7
Income (%)		
Low	32.8	30.5
Medium	32.4	32.4
High	34.8	37.2
Cig per day (%)*		
5 or less	15.0	15.1
6–10	28.9	34.9
11–20	50.5	41.4
21+	5.6	8.6
Time to first cig (%)*		
Immediately	10.7	24.6
Before breakfast	10.3	43.1
With/after breakfast	70.8	28.5
Later in the day	8.3	3.9
Plan to quit		
Yes (%)*	54.5	42.6
Made quit attempt before (%)*	59.7	80.3
Awareness of smoking harm		
Mean (SD)	5.30 (0.13)	5.71 (0.07)
Quit self-efficacy (%)		
Not at all sure	38.5	35.7
Somewhat sure	41.7	36.9
Very sure	14.5	17.8
Extremely sure	5.2	9.6
Belief smoking has damage health (%)*		
Not at all	27.8	6.1
Very much	18.1	65.7
Worried smoking will damage health (%)*		
Not at all	18.6	7.2
Somewhat	55.7	36.9
Very much	25.7	55.9

TTM, Thailand Tobacco Monopoly; RYO roll your own.

\*Country differences at  $p < 0.05$ .#Estimates from Young et al.<sup>19</sup>

**Table 2** Percentages of survey respondents' self-reported lights and menthol use and relationships between use and beliefs

	Malaysia (MY) N = 1670	Thailand (TH) N = 1370	Total N = 3040
% Using lights			
Current	28.9	37.9	32.8
Past	13.2	50.4	29.4
Never	57.9	11.7	37.8
% Using menthol			
Current	14.1	19.8	16.6
Past	15.8	60.8	35.3
Never	70.0	19.3	48.1
% Agreeing that...			
Lights less harmful			
Current user	31.1	42.7	37.0
Past user	20.3	47.4	40.5
Never user	12.3	48.2	17.3
Overall	18.9	45.7	30.3
Lights make quitting easier			
Current user	30.6	52.8	41.9
Past user	29.2	52.8	46.8
Never user	14.7	54.4	20.1
Overall	21.0	52.9	34.6
Lights are smoother			
Current user	43.5	58.8	51.3
Past user	43.1	57.4	53.8
Never user	22.1	55.2	26.6
Overall	31.1	57.7	42.4
Menthols less harmful			
Current user	43.4	38.9	41.1
Past user	14.8	33.8	29.1
Never user	10.7	33.6	14.8
Overall	16.0	34.8	24.0
Menthols smoother			
Current user	59.2	61.7	60.5
Past user	40.4	46.6	45.0
Never user	27.1	37.5	28.9
Overall	33.6	47.8	39.6





**Table 4** Correlates of beliefs that light cigarettes have some health benefits

Correlates	Believing Lights are easier to quit						Believing Lights are less harmful					
	Malaysia			Thailand			Malaysia			Thailand		
	Beta	t	p Value	Beta	t	p Value	Beta	t	p Value	Beta	t	p Value
	N = 1308			N = 1260			N = 1303			N = 1260		
Age (years)	0.00	0.18	0.860	<b>0.01</b>	<b>2.70</b>	<b>0.012</b>	-0.00	-0.21	0.839	<b>0.01</b>	<b>4.55</b>	<b>&lt;0.001</b>
Selangor/Bangkok (vs other)	-0.05	-0.49	0.628	<b>-0.31</b>	<b>-2.42</b>	<b>0.023</b>	-0.18	-1.02	0.323	<b>-0.26</b>	<b>-2.73</b>	<b>0.011</b>
Education	-0.08	-1.31	0.280	<b>-0.12</b>	<b>-2.06</b>	<b>0.049</b>	<b>-0.15</b>	<b>-3.02</b>	<b>0.008</b>	<b>-0.19</b>	<b>-3.81</b>	<b>0.001</b>
Factory-made vs mixed	-0.14	-0.93	0.365	-0.13	-1.09	0.103	0.09	1.00	0.333	<b>-0.23</b>	<b>-3.57</b>	<b>0.001</b>
Light cigarette use												
Current vs never	<b>0.25</b>	<b>2.74</b>	<b>0.014</b>	0.06	0.63	0.531	<b>0.30</b>	<b>2.57</b>	<b>0.021</b>	0.04	0.40	0.695
Past vs never	0.05	0.37	0.714	-0.04	-0.43	0.674	-0.13	-1.15	0.269	-0.02	-0.13	0.897
Believing light is smoother	<b>0.47</b>	<b>8.01</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.58</b>	<b>16.12</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.39</b>	<b>8.33</b>	<b>0.001</b>	<b>0.52</b>	<b>22.68</b>	<b>0.001</b>
R <sup>2</sup>	0.29			0.34			0.26			0.31		

Numbers in bold are statistically significant.

**Table 5** Correlates of beliefs that menthol cigarettes are less harmful

Correlates	Believing menthols are less harmful					
	Malaysia			Thailand		
	Beta	T	p Value	Beta	t	p Value
	N = 1317			N = 1260		
Age (years)	-0.00	-1.23	0.237	<b>0.00</b>	<b>3.24</b>	<b>0.003</b>
Sex (female vs male)	<b>0.09</b>	<b>2.28</b>	<b>0.037</b>	-0.03	-0.39	0.702
Selangor/Bangkok (vs other)	-0.02	-0.51	0.614	<b>-0.13</b>	<b>-3.10</b>	<b>0.004</b>
Education	-0.03	-1.01	0.327	<b>-0.08</b>	<b>-4.56</b>	<b>&lt;0.001</b>
Menthol cig use						
Current vs never	<b>0.28</b>	<b>5.47</b>	<b>&lt;0.001</b>	-0.01	-0.18	0.862
Past vs never	0.01	0.23	0.819	-0.01	-0.18	0.856
Believing menthol is smoother	<b>0.11</b>	<b>3.73</b>	<b>0.002</b>	<b>0.19</b>	<b>11.18</b>	<b>&lt;0.001</b>
R <sup>2</sup>	0.21			0.26		

Numbers in bold are statistically significant.



به بهانه رأی دیوان عدالت اداری در خصوص لزوم جمع‌آوری قلیان‌ها صدای قل‌قل قلیان نمی‌آید از این شهر؟

بالا می‌کشند، دود تنباکو با شدت از امتداد سوراخ پایین آمده و داخل آب که به رنگ‌های مختلف می‌آمیزد داخل می‌شود. این کوزه مرتباً تا نصفه آب دارد. دود که در آب است به سطح می‌آید و هنگامی که نفس را بالا می‌کشند، از نی قلیان دود به دهان وارد می‌شود. به واسطه آبی که به قلیان می‌ریزند دود تنباکو تصفیه می‌شود و کمتر ضرر می‌رساند. والا با این همه قلیان که می‌کشند، مقاومت برای آنها غیر ممکن است. ایرانیان زن و مرد، به طوری، از جوانی عادت به کشیدن تنباکو کرده‌اند که کاسبی که باید روزی پنج‌شاهی خرج کند، سه‌شاهی آن را به مصرف تنباکو می‌رساند. می‌گویند اگر تنباکو نمی‌داشتیم چطور ممکن بود کیف و دماغ داشته باشیم.»

### مضرات قلیان

از قرن ۱۶ به بعد انگاره طریقه سالم و ایمن مصرف تنباکو به صورت استفاده از قلیان مطرح شد. زمانی که حکیمی به نام ابوالفتح پیشنهاد کرد که دود باید اول از یک محفظه آبی بگذرد تا به شکل بی‌ضرر درآید، بدون هیچ‌گونه شواهد علمی‌ای مبنی بر کاهش بیماری باعث تصور نادرست ایمن بودن مصرف تنباکو به شکل قلیان شد.

بنا بر یافته‌های علمی کشیدن یک یا دو بار قلیان در روز، فرد استفاده‌کننده را دچار اعتیاد می‌کند، درحالی که تصور غلط جامعه این است که دود حاصل از قلیان از آب رد می‌شود و مواد سمی آن از بین می‌رود.

این نکته را هم باید مد نظر داشت افراد سیگاری که به طور متداول ۸ تا ۱۲ نخ سیگار در روز مصرف می‌کنند، به طور متوسط با ۴۰ تا ۷۵ پک که به مدت پنج تا هفت دقیقه به طول می‌انجامد، حدود پنج تا شش لیتر دود استنشاق می‌کنند و این در حالی است که مصرف‌کننده قلیان در هر وعده مصرف که به طور متداول ۲۰ تا ۸۰ دقیقه طول می‌کشد، حدود ۵۰ تا ۲۰۰ پک می‌زند که هر پک به طور متوسط حاوی ۰/۱۵ تا یک لیتر دود است. میزان و عمق دم در حرکت دادن آب قلیان بسیار مهم است و قلیان با

اگر سفرنامه‌ها و خاطرات مکتوب سفر و سیاحان فرنگی که در قرون ۱۴ و ۱۵ میلادی به تختگاه امپراتوری صفوی عزیمت کرده‌اند را مورد تورق قرار دهیم شاهد آن خواهیم بود که در بسیاری از این نوشته‌ها در کنار توصیف زیبایی‌های عالی‌قاپو، بازارهای تو درتو، پل‌های زاینده‌رود و... از مصنوع غریبی هم سخن به میان آمده است. ابزاری که به وسیله آن تنباکو به روشی متفاوت با شیوه معمول مصرف آن در غرب استفاده می‌شد. اروپاییان برای دود کردن تنباکو از پیپ‌های کوچک استفاده می‌کردند. در ایران ابتدا این پیپ‌های کوچک به صورت چپ‌های دسته‌بلند درآمدند و پس از چندی ایرانیان وسیله‌ای را ابداع کردند که با گذراندن دود حاصل از سوختن تنباکو از روی آب عملاً دودی متفاوت را وارد ریه‌های خود می‌کردند.

کهن‌ترین سند مکتوب درباره این ابزار این رباعی از «اهلی شیرازی» است که در سال ۹۴۲ هجری قمری در گذشته است:

قلیان ز لب تو بهره‌ور می‌گردد

نی در دهن تو نیشکر می‌گردد

بر گرد رخ تو دود تنباکو نیست

ابریست که بر گرد قمر می‌گردد

نخستین تصویری که از قلیان به وسیله هنرمندان ایرانی ترسیم شده است نیز به احتمال قوی تصویر «تشمی کماندار» اثر رضا عباسی، نقاش مشهور دربار شاه‌عباس است. ناورنیه که در دوران صفویه به ایران آمده، نوشته است که «ایرانیان تنباکو را با دستگاهی کاملاً اختصاصی می‌کشند. در کوزه گلی دهان گشادی به قطر سه انگشت، تنه قلیانی از چوب یا نقره که سوراخی در وسط دارد، قرار می‌دهند و بر سر آن مقداری تنباکوی نم‌دار با کمی آتش می‌گذارند و زیر قلیان سوراخ ممتدی است که در حالی که نفس را



وجود اینکه کمتر مصرف می‌شود اما حجم دودی که از طریق آن وارد بدن می‌شود، ۱۰ تا ۲۰ برابر دود ناشی از مصرف سیگار است.

تحقیقات ثابت کرده است افراد سیگاری تا زمانی که میزان نیکوتین دریافتی در آنها به آستانه مورد نیاز برای رفع حالت وابستگی برسد، به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند.

### مبارزه با قلیان

در عمر ۴۰۰ ساله قلیان کمتر دوره‌ای را شاهد بودیم که همتی برای مبارزه با این ابزار وجود داشته باشد. شاید بتوان شاه عباس صفوی را مهم‌ترین دشمن قلیان بنامیم. شاردن، در سفرنامه خود می‌نویسد که شاه عباس بسیار کوشید تا از استعمال قلیان در بین مردم جلوگیری کند. برای این کار، روزی در مجلسی رسمی دستور داد که به جای تنباکو قلیان مهمانان را با پهن چاق کنند و سپس درحالی که آنان مشغول کشیدن قلیان خود بودند گفت که این تنباکو را که وزیر همدان برای من فرستاده است و ادعا می‌کند که بهترین تنباکوی دنیاست، چگونه است؟ آنان همگی از این تنباکو تعریف کردند. آنگاه شاه خطاب به آنان گفت: «مرده شوی چیزی را ببرد که نمی‌توان آن را از پهن تشخیص داد.» سرانجام کار مخالفت شاه عباس بزرگ با تنباکو به تحریم آن کشید و هنگامی که در گرجستان متوجه شد سربازان او پول خود را صرف کشیدن تنباکو و توتون می‌کنند آن را ممنوع کرد و تجاری را که توتون و تنباکو به اردوی او آورده بودند با تنباکوی خود یک جا سوزاند و سربازانی که مرتکب کشیدن توتون و تنباکو می‌شدند بینی و لبانشان را می‌برید.

اما مهم‌ترین بزنگاه منع قلیان ناشی از بحرانی سیاسی بود. هنگامی که پس از قرارداد رژی مکتوب میرزای شیرازی مبنی بر اینکه «الیوم استعمال توتون و تنباکو بای نحواکان در حکم محاربه امام زمان است» به ایران رسید، حتی در حرمسرای ناصری هم قلیان‌ها شکسته شد.

فارغ از مباحث تاریخی، به نظر می‌رسد تا حدود ۱۸ سال گذشته بحث تمایل روز افزون جوانان جهت استفاده از این محصول دخانی کمتر مورد توجه

مسئولان قرار گرفته بود. با این حال در سال ۷۱ جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، پیش‌نویس آیین‌نامه ممنوعیت استعمال قلیان را ارائه داد. این پیشنهاد سال ۷۶ به تصویب دولت رسید و براساس این مصوبه استعمال سیگار و دیگر مواد دخانی در اماکن عمومی ممنوع اعلام شد.

در سال ۸۳ برای نخستین بار مصرف قلیان در اماکن عمومی کشور ممنوع شد. این ممنوعیت با اعتراضات قهوه‌خانه‌دارها و شکایت آنان از این اقدام مواجه شد. در نتیجه در سال ۸۴ با اصلاح تبصره ماده یک آیین‌نامه ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی، قهوه‌خانه‌ها و رستوران‌های سنتی مجاز به عرضه سیگار و مواد دخانی شدند. از آن سال تاکنون هم به صورت متناوب بحث ممنوعیت و آزادسازی قلیان در اماکن عمومی طرح می‌شود. در آخرین تحول هفته آخر شهریور ماه خبر رسید دیوان عدالت اداری، جمع‌آوری قلیان‌ها از قهوه‌خانه‌ها را قانونی اعلام کرده است. (۲۷ شهریور- ایسنا)

### شیوع قلیان

اخیرا وزیر بهداشت اعلام کرده که بسیاری از مردم فکر می‌کنند که قلیان عامل تفریح است و ایجاد عارضه نمی‌کند بنابراین می‌بینیم شیوع مصرف قلیان از ۱۲/۱ درصد به ۲۶/۱ درصد رسیده است و متأسفانه بیشترین مصرف‌کنندگان آن نوجوانان و جوانان هستند.

وزیر بهداشت تصریح کرده است که اگر فردی یک بار قلیان مصرف کند در هر بار کشیدن به اندازه ۴۰ تا ۸۰ سیگار مصرف کرده است و افرادی که در معرض دود آن قرار می‌گیرند به منزله این است که چهار تا هفت نخ سیگار مصرف کرده‌اند.

هرچند که او دو ماه پیش از رای دیوان عدالت اداری مبنی بر قانونی بودن آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و جمع‌آوری قلیان خواستار مبارزه با قلیان شده بود اما بعد از اعلام این حکم فرمانده نیروی انتظامی درباره طرح جمع‌آوری قلیان‌ها گفت که رئیس ستاد مبارزه با مواد دخانی، وزیر بهداشت است و هر زمان که این ستاد تصمیمی در این رابطه بگیرد، از سوی پلیس اقدام می‌شود؛ اما

او همچنین اظهار داشت: «فکر نمی‌کنم نیروی انتظامی به اتفاقی که در گذشته درباره طرح جمع‌آوری قلیان‌ها رخ داد، تن بدهد زیرا در گذشته این ستاد با قاطعیت تصمیم گرفت طرح جمع‌آوری قلیان‌ها را اجرا کند و در این رابطه هم اعتباری به نیروی انتظامی اختصاص دادند؛ اما در زمان ورود نیروی انتظامی، لغو این طرح از سوی وزارت بهداشت اعلام شد که نیروی انتظامی هم به این موضوع گلايه کرد؛ هر چند این بحث را رسانه‌ای نکرده‌ایم.»

احمدی‌مقدم خاطر نشان کرد: «برخورد با تخلفات صنفی مسیر مشخصی دارد که در این رابطه وزارت بهداشت و اتحادیه اصناف به واحدهای صنفی متخلف تذکر می‌دهند و اگر این تخلف برطرف نشود، موضوع به پلیس اماکن ناجا گزارش شده و با صنف متخلف برخورد می‌شود.»

با توجه به اظهارات فرمانده نیروی انتظامی اکنون توپ در زمین وزیر بهداشت است و باید منتظر بود و دید این بار وزارت بهداشت خواهد توانست قلیان‌ها را با عزمی جدی و با کمک نیروی انتظامی جمع‌آوری کند یا بار دیگر چایخانه‌داران با لابی‌های گسترده خواهند توانست جلوی اجرای قانون را بگیرند و چند صباحی دیگر هم آنها از این راه پولی درآورند و از سوی دیگر جوانان بیش از پیش پای بساط قلیان‌ها روی تخت‌های سفره‌خانه‌ها بدون اطلاع از مضرات مرگبار قلیان، به صدای قل‌قل آن دل خوش کنند؟

هرچند با توجه به حکم دیوان عدالت اداری پیش‌بینی می‌شود که باز هم شاهد تکرار روش‌های گذشته در برخورد با این پدیده اجتماعی باشیم. در پایان به طرح چند پرسش کوتاه از مسؤولان امر بسنده می‌کنیم. فکر می‌کنید چه عاملی سبب تمایل روز افزون جوانان به استفاده از قلیان شده است؟ آیا خارج کردن این تفریح از دید و نظارت عمومی موجب افزایش تفریحات زیرزمینی و لاجرم رشد ناهنجاری‌های رفتاری جوانان نخواهد شد؟ آیا مسؤولان می‌توانند در کنار جمع‌آوری قلیان‌ها، فهرستی از تفریحات سالم، به همراه فرهنگ سازی مناسب و آگاه‌سازی جوانان درباره مضرات قلیان را اعلام کنند؟ شاید که این راه، خاموش‌کننده این سمفونی به ظاهر گوشنواز و در باطن ضدسلامتی باشد.

### تاریخچه قلیان و چیق در ایران!

در سال ۱۴۹۲ میلادی وقتی که کاشف بزرگ، کریستف کلمب، پس از ماهها تلاش و کوشش، در کنار جزیره‌ای که امروز به کوبا مشهور است لنگر انداخت، با جهانی روبرو شد که تازگی‌های فراوانی برای او داشت. او و همراهانش در این جزیره ناشناس دیدنی‌های جدیدی مشاهده کردند. آنها دیدند بومی‌ها لوله‌ای از برگ خشک گیاهی که به هم پیچیده‌اند در دست دارند، شبیه به لوله آتش بازی که اطفال در عید بازی می‌کنند. یک سر آن را آتش زده، و سر دیگر را می‌مکند و دود آنرا با هوا استنشاق می‌کنند. این استنشاق دود، یک نوع مستی و رخوت ایجاد می‌کرد، و انسان خستگی را حس نمی‌نمود. این لوله‌ها را بومیان تاباکوس می‌نامیدند. به این ترتیب دریانوردان اسپانی اولین بار توتون را شناخته و به تقلید از بومیان به کشیدن آن پرداختند. کریستف کلمب هرگز فکر نمی‌کرد، این لوله‌های شبیه به اسباب بازی کودکان، روزی همنشین و همدم گروه بسیار زیادی از مردم جهان خواهد گردید.

کریستف کلمب نمی‌توانست، در مغز خود مجسم سازد، که قرن‌ها بعد، این هدیه دنیای جدید، پول و سلامت مردم متمدن را به صورت دود به آسمان خواهد فرستاد و باز او فکر نمی‌کرد که، قرن‌ها پس از او نهضتی عظیم برای جلوگیری از استعمال این هیولای سیاه بر پا خواهد گردید و این لوله شبیه به اسباب بازی کودکان «میخ تابوت» لقب خواهد گرفت.

گفتیم که برای اولین بار اسپانیولی‌ها، در جزیره کوبا با توتون و تنباکو آشنا شدند. بومیان امریکا، با این گیاه بومی سرزمین خود از دیرباز آشنا بودند و از آن به عنوان وسیله دود کردن استفاده می‌کردند. طرز استفاده آنها از توتون بدین قرار بود که مقداری از آن را در برگ‌های ذرت می‌ریختند و نوعی سیگار، شبیه به سیگار برگ می‌ساختند. روش دیگری نیز برای کشیدن توتون به کار می‌بردند و آن بدین طریق بوده که، مقداری توتون در نی یا استخوان ریخته آن را آتش می‌زدند و می‌کشیدند و این روشی است که بعدها سبب ایجاد پیپ در غرب و چیق در شرق گردید در اعیاد و یا مراسم دیگر نیز، بومیان بوته‌های تنباکو را،



با برگ و ساقه روی هم تابشته و آتش می‌زدند و در اطراف آن به دست افشانی می‌پرداختند.

احتمالاً تنباکو به عنوان دارو نیز مورد مصرف داشته است. بومیان آمریکا، زهری نیز از تنباکو می‌گرفتند که نوک نیزه‌های خود را با آن زهر آلود می‌ساختند. این ارمغان دنیای جدید در قرن ۱۶ به اسپانیا برده شد و پس از آن در سایر کشورهای اروپا پراکنده گردید. در سال ۱۵۸۶ سر والتر رالی مشهور به «پدر آمریکای انگلیس» در زمان سلطنت الیزابت اول، کشیدن پیپ را که در آمریکا با آن آشنا شده بود به انگلستان آورد و دودکشی با سرعت سرسام‌آوری در انگلستان و سایر نقاط جهان در قرن ۱۶ رواج یافت. حیرت‌آور آن که سروالترالی، آنچنان به کشیدن پیپ معتاد شد، که هنگامی که در سال ۱۶۱۸ او را به جرم خیانت و شرکت در توطئه اعدام می‌کردند، پیپ در گوش دهان داشت.

کشیدن توتون مانند همه چیز جدید دیگر، با مخالفت شدید عده‌ای روبرو گردید. در رأس مخالفین دودکشی در اروپا، کشیشان قرار داشتند که دودکشان را به بی‌دینی و زندگه متهم ساختند. اما این تهمت نتوانست از توسعه دودکشی جلوگیری کند. به زودی دودکشی چون مرضی همه‌گیر از اروپا به آسیا و آفریقا سرایت کرد و در قرن ۱۷ میلادی کشیدن توتون در سراسر مشرق گسترش یافت. اما در شرق نیز دودکشی مواجه با مخالفت‌های شدید شد. سلطان مراد خان چهارم، به فتوای ملایان، هزاران بی‌گناه را به جرم کشیدن توتون به دیار نیستی فرستاد. دودکشان در سلک مرتدین به حساب آمدند و در ریختن خون آنها مباح گردید. در مدت سلطنت سلطان مرادخان (۱۰۳۳-۱۰۴۸) با قساوت هرچه بیشتر، دودکشان امپراتوری اسلامی به زیر تیغ جلاذ رفتند. اما نتیجه‌ای حاصل نشد. پس از مرگ او کشیدن چپق با شدت هرچه تمام‌تر توسعه یافت و تجارت پر سود توتون رونق گرفت. به این ترتیب مبارزه خونین به سود توتون خاتمه یافت. دولت عثمانی ناچار کشیدن توتون را آزاد کرد و بر تجارت آن مالیات بست.

در روسیه نیز وضع به همین منوال بود و مدتی دودکشی با مخالفت روبرو شد.

### توتون و تنباکو در ایران

تاریخ قطعی ورود تنباکو به ایران را نمی‌توان تعیین کرد. ولی بی‌شک توتون و تنباکو همراه با دست‌اندازی

پرتغالی‌ها به خلیج فارس (۹۱۳ هجری قمری) به ایران وارد گردیده است. اما طرز استفاده توتون و تنباکو در ایران تغییر یافت و ایرانیان لولامی برابر ذوق خود برای دودکشی ایجاد کردند. وسیله‌ای که اروپاییان برای دود کردن به کار می‌بردند، عبارت بود از پیپ‌های کوچکی که از فلز یا سفال یک پارچه ساخته می‌شد.

در ایران این پیپ‌ها اقتباس شد و به صورت چپق‌های دسته بلند درآمد. چنان که در ویژگی‌های زندگی ایرانی گفتیم، این وسیله کشیدن توتون نیز با ذوق و هنر ایرانی در هم آمیخت، و پیپ ساده تبدیل به چپق گردید و در تزیین آن سلیقه خاص ایرانی به کار رفت و چپق‌های ایرانی با انواع مختلف تزیینات آراسته گردید. علاوه بر چپق که تقلیدی از پیپ فرنگی بود، وسیله دیگری برای دود کردن تنباکو به نام قلیان توسط ایرانیان اختراع و ایجاد گردید. قدیم‌ترین ذکری که از قلیان در ادبیات فارسی شده، این رباعی‌ها از اهلی شیرازی است که در سال ۹۴۲ هجری قمری در گذشته است.

«قلیان ز لب تو بهره‌ور می‌گردد»

«نی در دهن تو نیشکر می‌گردد»

«بر گرد رخ تو دود تنباکو نیست»

«بریست که بر گرد قمر می‌گردد»

بنابراین می‌توان گفت که در سال ۹۴۲، یعنی ۲۹ سال پس از ورود پرتغالی‌ها به خلیج فارس، قلیان کشیدن در ایران رواج یافته است. شعرای دیگر قرن دهم هجری نیز اشعاری درباره قلیان دارند.

اولین تصویری که از قلیان به وسیله هنرمندان ایرانی کشیده شده، احتمالاً تصویر نشمی کماندار کار رضا عباسی، نقاش مشهور دربار شاه عباس بزرگ است، که تا اواخر نیمه اول قرن یازدهم هجری زنده بوده است. قلیان وسیله‌ای کاملاً جدید و ابتکاری بود و اروپاییان از آن هیچ‌گونه اطلاعی نداشتند. این بی‌اطلاعی را می‌توان از شرحی که تاورنیه و شاردن از قلیان داده‌اند درک کرد.

منابع:

[http://www.aftab.ir/articles/view/art\\_culture/cultura\\_l\\_heritage/c5c1172397100\\_hookah\\_p1.php](http://www.aftab.ir/articles/view/art_culture/cultura_l_heritage/c5c1172397100_hookah_p1.php)

برگرفته از شماره دوم مجله همشهری سلامتی، نیمه دوم مهر ۸۹

## ما توانستیم، شما هم می‌توانید



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

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

فرح السادات محسنی، مجرد هستم و چهل و هشت سال سن دارم در حد دیپلم درس خواندم. سیگار را از سن بیست و دو سالگی شروع کردم. یک دوست داشتم که او همسایه ما بود و اولین بار او به من سیگار تعارف کرد، البته پدرم و برادرانم سیگاری بودند اما خواهرانم هیچکدام سیگاری نبودند.

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.



**۲- آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟**

بله سرطان ریه، ناراحتی‌های پوستی، پوکی استخوان، خرابی دندان‌ها و ... از عوارض جسمی سیگار می‌باشد ولی گذشته از عوارض جسمی عوارض روحی را هم به دنبال خواهد داشت. من جمله، وابستگی شدید به سیگار و آسیب‌هایی که به اطرافیان و عزیزان وارد می‌شود.

**۳- چه مدتی است که ترک کردید و از احساسات به ما بگویید؟**

حدوداً شانزده روز است که سیگار نکشیده‌ام. احساس شادی و آرامش زیادی دارم و با وجود اینکه اشتیاقم به سیگار زیاد است ولی تحمل می‌کنم. همین که احساس می‌کنم که دیگر سیگاری نیستم خیلی زیباست. سرفه‌هایم کمتر شده است. حالت تنبلی ندارم و فکر می‌کنم زرتنگ‌تر شدم.

**۴- اگر من به شما سیگار تعارف کنم آیا از من قبول می‌کنید؟ خیر**

چرا؟ زیرا من با دیگران خیلی راحت هستم و اصلاً با دیگران تعارف نمی‌کنم و حتماً به شما می‌گویم از این کار شما خوشم نیامد.

**۵- چه طور شد که در این کلاس‌ها شرکت کردید؟**  
از سیگار کشیدن خودم خسته شده بودم و این مکان به محل سکونت من نزدیک بود البته من تا به حال به چنین مکان‌هایی مراجعه نکرده بودم ولی از آنجایی که چند بار خودم ترک کرده بودم ولی دوباره شروع کردم تصمیم گرفتم که دوباره در این کلاس‌ها شرکت کنم تا انگیزه‌ام قوی‌تر شود.

**۶- اگر محل این کلینیک از شما دور بود برای ترک سیگار اقدام می‌کردید؟**

اگر دور بود باز هم به این مکان مراجعه می‌کردم، چراکه خودم به تنهایی چندین بار اقدام به ترک کرده بودم ولی هر بار موفق نمی‌شدم. حدوداً دو الی سه سال بود که تابلوی کلینیک را می‌دیدم و چند ماهی است که منزل سکونت خود را به این کلینیک نزدیکتر کردم تا بتوانم در این کلاس‌ها شرکت کنم چون من یک نوه دارم و به خاطر شاغل بودن پدر و مادرش مسئولیت او صبح‌ها با من است.

**۷- چرا می‌خواهید سیگار تان را ترک کنید؟**  
از سیگار خسته شدم و این یکی از مهمترین دلایلم

است. همچنین جامعه نسبت به افراد سیگاری بالاخص خانم سیگاری دید منفی دارد و فرهنگی که بر جامعه حاکم است سیگار در آن جایی ندارد و من دوست ندارم که دیگران به چشم بی‌فرهنگ به من نگاه کنند.

**۸- چه توصیه‌ای به جوانان دارید؟**

به هیچ عنوان طرف سیگار نروند و از افراد سیگاری دوری کنند چراکه افراد سیگاری برای آنها الگو می‌شوند و اگر هم سیگاری هستند با یک اراده قوی سیگار خود را ترک کنند.

**۹- در صورتی که با یک فرد سیگاری برخورد کردید به او چه می‌گویید؟**

ابتدا از او می‌خواهم که سیگار خود را ترک کند و به او از مضرات سیگار می‌گویم و اگر از نظر مادی یا روحی نیاز به کمک داشت به او کمک می‌کنم که سیگارش را ترک کند.

**۱۰- وقتی که آخرین سیگار خود را در سطل زباله انداختی چه احساسی داشتید؟**

از اینکه آن را خورد کردم و به سطل زباله انداختم احساس رضایت کردم و به او گفتم که دیگر سراغ من نیا چراکه تو را نمی‌خواهم و آن روز را با هیچ روز دیگر عوض نخواهم کرد و از آن روز به عنوان زیباترین روز زندگیم یاد می‌کنم. البته من تمام این مسائل را مدیون پزشک معالجم خانم دکتر اسلام‌پناه هستم. ایشان خیلی با صبر و حوصله با من برخورد کرد و من توانستم با کمک ایشان این دوران سخت را بگذرانم.

**۱۱- دیدم که لوح تقدیر دریافت کردید چه احساسی دارید؟**

خیلی خوشحالم و هر وقت به آن نگاه می‌کنم زیبایی زندگی بدون دخانیات را در آن می‌بینم.

**۱۲- انگیزه شما در ترک سیگار چه بود؟**

بهترین و بیشترین انگیزه ترک من، نوهام بود. چون او را خودم بزرگ کرده‌ام و در واقع مسئولیت او با من بود. زمانی که بچه‌های خودم کوچک بودند من سیگاری نبودم ولی الان که نوهام با من زندگی می‌کند من سیگار مصرف می‌کنم و احساس می‌کنم که او خیلی آسیب می‌بیند. انگیزه بعدی من سلامتی خودم بود و کلینیک تمام این آرزوها را به یک واقعیت تبدیل کرد.



تحقیقات و کنترل دخانیات؛ تهیه شاخص‌ها و دستورالعمل اجرایی پارک بدون دخانیات و ابلاغ به مناطق؛ قرار دادن گزارش کلیه فعالیت‌های مربوط به پارک بدون دخانیات با تصویر در ip اداره کل سلامت به صورت مستمر و هماهنگی با خانم خرقانی؛ تشکیل شبکه هنرمندان به عنوان همیار مبارزه با استعمال دخانیات و تشکیل گروه بازیگری جهت اجرای برنامه های هنری در سطح پارک هنرمندان؛ برپایی جلسه‌ای با حضور مسئولین پارک‌های بدون دخانیات و تقدیر از آنان؛ آموزش تکنیک ۸۵ در راستای راه‌اندازی کلینیک ترک دخانیات؛ انتقال تجربیات منطقه ۱ و ۱۸ به سایر مناطق منتخب (ارسال گزارش از اقدامات صورت گرفته)؛ الزام شرکت‌های پیمانکاری در پارک های منتخب برای تهیه و استفاده از کاور با آرم پارک بدون دخانیات؛ راه‌اندازی کانون ترک‌کنندگان دخانیات در مناطق؛ معرفی سامانه اطلاع‌رسانی منطقه ۱۸ به مناطق دیگر؛ برگزاری جلسه آینده به میزبانی منطقه ۱۸ و بازدید از اقدامات اجرا شده در پارک بدون دخانیات منطقه ۱۸.

### دومین نشست تخصصی بررسی مسائل پارک بدون دخانیات و راه‌اندازی کلینیک‌های ترک سیگار

این جلسه به تاریخ بیست و ششم دی ماه ۸۹ در شهرداری منطقه ۱۸ انجام گرفت که شرح آن در ادامه می‌آید.

شرح جلسه:

این جلسه با نام و یاد خدا با موضوع پارک بدون دخانیات رأس ساعت ۱۰ در سالن جلسات دفتر شهردار محترم منطقه ۱۸ تشکیل گردید. در آغاز جناب آقای مهندس رزاقی معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری منطقه ۱۸ ضمن خوشامدگویی به حاضرین در جلسه، توضیحاتی پیرامون جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات ارائه نمودند و متذکر شدند که باید با هم‌دلی و هم‌فکری این جشنواره ملی

### نشست تخصصی بررسی مسائل پارک بدون دخانیات و راه‌اندازی کلینیک ترک سیگار

این نشست در اداره کل سلامت شهرداری تهران به تاریخ دوازدهم دی ماه انجام گرفت که در بین حضار نماینده مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات نیز حضور داشت.

شرح جلسه:

این جلسه با نام و یاد خدا با موضوع «پارک بدون دخانیات» رأس ساعت ۱۰ در محل اداره کل تشکیل گردید.

در آغاز آقای دکتر گلمکانی ضمن خوشامدگویی به حاضرین در جلسه، توضیحاتی پیرامون مصوبات کمیته شهر بدون دخانیات ارائه نمودند. همچنین در خصوص فعالیت‌های انجام گرفته در پارک‌های منتخب، ضمن بررسی نقاط ضعف و قوت کار، خواهان سرعت در انجام وظایف محوله و بررسی وضعیت موجود پارک‌های بدون دخانیات در فاصله زمانی ۶ ماهه شدند و مطرح نمودند که لازم است مناطق پایلوت بر اساس دستورالعمل واحدی اقدامات خود را اجرایی نموده و در این زمینه اطلاع‌رسانی مناسبی انجام دهند و سپس هر یک از حاضرین گزارشی از فعالیت‌های سازمان متبوع خود ارائه نمودند و در موارد زیر به تصویب رسید:

مستندات مصوبه شهر بدون دخانیات و اقدامات صورت گرفته به ماهنامه کنترل دخانیات ارائه گردد؛ برپایی تور سلامت در پارک بدون دخانیات؛ بررسی وضعیت موجود پارک‌های بدون دخانیات و اقدامات انجام گرفته در این پارک‌ها در فواصل زمانی حدود ۶ ماهه و ارسال گزارش آن به دبیرخانه کمیته شهر بدون دخانیات؛ صدور مجوز سازمان پارک‌ها در خصوص ایجاد پایگاه اطلاع‌رسانی در زمینه پیشگیری و ترک استعمال دخانیات در پارک‌ها (پیگیری توسط اداره سلامت مناطق منتخب)؛ همکاری و حضور فعال مناطق منتخب در جشنواره ملی شهر بدون دخانیات؛ اطلاع‌رسانی گسترده در خصوص اقدامات به عمل آمده در سطح شهر و پارک بدون دخانیات (در صورت امکان در سطح بین‌المللی)؛ استفاده از ظرفیت مرکز

را به بهترین شکل انجام دهیم. همچنین بیان داشتند که می‌بایست اطلاع‌رسانی مناسبتری صورت پذیرد و پیشنهاد یک کار گروه در زمینه بررسی و یافتن بهترین راه برای اجرای جشنواره ملی شهر بدون دخانیات و پارک بدون دخانیات با حضور نمایندگان معاونت خدمات شهری و سازمان زیباسازی و سازمان پارکها و مناطق پایلوت پارک بدون دخانیات را دادند. سپس هریک از نمایندگان مناطق گزارشی از روند فعالیت‌های خود ارائه نمودند در ادامه جناب آقای مهندس مداحی شهردار محترم منطقه توضیحاتی در خصوص اقدامات منطقه ۱۸ در زمینه شهر بدون دخانیات ارائه نمودند و خواهان مشارکت مؤثر مناطق در برگزاری جشنواره ملی بدون دخانیات شدند همچنین ضرورت طراحی مناسب نمایشگاه با حضور کارشناسان اداره کل سلامت مورد تأکید قرار دادند و در انتها آقای مهندس قهرمانی ضمن تأکید بر لزوم تهیه دستورالعمل اجرایی برای ایجاد وحدت رویه برای پارکهای بدون دخانیات صورتجلسه قبل را قرائت و فعالیت‌های انجام پذیرفته صورتجلسه قبل را متذکر شده و خواهان تسریع در امور محوله شدند در پایان نیز موارد زیر به تصویب رسید:

صدور مجوز سازمان پارکها در خصوص ایجاد پایگاه اطلاع رسانی در زمینه پیشگیری و ترک استعمال دخانیات در پارکها؛ همکاری و حضور فعال مناطق منتخب در برگزاری جشنواره ملی شهر بدون دخانیات؛ اظهار نظر در رابطه با پیش‌نویس دستورالعمل پارک بدون دخانیات؛ اعلام مکتوب زمان افتتاح پارک بدون دخانیات؛ قرار دادن گزارش تصویری از کلیه فعالیت‌های مربوط به پارک بدون دخانیات در اداره کل سلامت به صورت مستمر و هماهنگی با خاتم خرقانی؛ آموزش تکنیک A5 در راستای راه اندازی کلینیک ترک دخانیات؛ الزام شرکت‌های پیمانکاری در پارکهای منتخب باری تهیه و استفاده از کاور با آرم پارک بدون دخانیات.

### شرکت در سومین نشست علمی نقش ماما در کنترل مصرف سیگار

سومین نشست علمی نقش ماما در کنترل مصرف سیگار در سی ام دی ماه ۱۳۸۹ در سالن اجتماعات

رازی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزار گردید. برگزارکنندگان این کنگره عبارت بودند از انجمن علمی مامایی ایران و انجمن مامایی شعبه خراسان رضوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات ناباروری، با همکاری سازمان بهداشت جهانی، وزارت بهداشت، شهرداری تهران، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، شرکت ارمغان بهبود ایرانیان و تعاونی اعتباری ثامن الحجج و ... شرکت کردند.

مباحث مورد بررسی در این کنگره شامل نقش بانوان در کاهش مصرف سیگار خانواده، سیگار و وضعیت آن در ایران و آشنایی با روش‌های ترک سیگار توسط دکتر غلامرضا حیدری از مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات می‌باشد. همچنین مباحث دیگری از جمله اثرات سیگار بر جنین، عوارض سیگار در مادران باردار و شیرده، عوارض سیگار در بانوان و نقش ماما در کنترل مصرف سیگار مورد بحث و بررسی قرار گرفت. ناهید خداکرمی رئیس انجمن مامایی ایران و عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی نیز در این نشست حضور داشته و به سخنرانی پرداختند.





دخانی هر روز در پی ارائه شیوه جدیدی برای فروش محصولاتشان می‌باشند. یواس بی قلیان میوه‌ای مدتی است که به بازارهای جهانی آمده است و متأسفانه این روزها در سایت‌های اینترنتی داخل کشور نیز به فروش می‌رسد.



کابل خروجی را یا به پورت یو اس بی به آداپتور مخصوص که همراه این مجموعه می‌باشد وصل کرده، سپس المنت موجود در سر قلیان گرم شده تا به دمای معمول برسد. در آن صورت قابل استفاده می‌شود یعنی تقریباً ۳۰ ثانیه. لازم به ذکر می‌باشد که تنباکو و همین‌طور آب به صورت معمولی گذاشته می‌شود. این قلیان ساخت کشور چین است و واردات آن از دبی صورت می‌گیرد. قیمت خرید آن در دبی تقریباً ۴۰ هزار تومان می‌باشد.

سیستم حرارتی قلیان هم از یک المنت به جای ذغال استفاده می‌کند که با برق یو اس بی داغ می‌شود. یک کنترل‌گر حرارتی نیز دارد که برای جلوگیری از سوختن حرارتش را کم یا زیاد کنیم.

[www.iran20.com/98860/blog/139870](http://www.iran20.com/98860/blog/139870)

## پارک قائم پارکی بدون دخانیات

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

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

بیگدلی با اشاره به پارک بدون دخانیات اظهار داشت: افرادی که وارد بوستان قائم می‌شوند، پیامک‌های سلامت شامل مضرات استعمال دخانیات به آنها از طریق اداره سلامت منطقه ارسال می‌شود.

وی ادامه داد: همچنین با نصب پلاکارد و تابلو، پیام‌های سلامتی مختلفی را در شاخه فرهنگ‌سازی ترک دخانیات در این بوستان منطقه نصب شده است.

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

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

## USB قلیان میوه‌ای

از آنجایی که قلیان‌های میوه‌ای در بین جوانان ایرانی امروزه بسیار طرفدار دارد، فروشندگان محصولات



## زنان سیگاری از مصرف قرص‌های ضدبارداری پرهیز کنند

یک متخصص زنان و زایمان گفت: زنان سیگاری که دارای سن بالاتر از ۴۰ سال هستند، می‌بایست از مصرف قرص‌های ضدبارداری اجتناب ورزند. دکتر فرحناز کشاورزی در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا منطقه کرمانشاه، اظهار داشت: مصرف قرص‌های ضدبارداری در مواردی چهره مطلق به خود می‌گیرد و در موارد دیگر حالت نسبی دارد. وی افزود: زنان مبتلا به ترومبوآمبولی یا انسداد شریان‌ها توسط لخته خون، زنان مبتلا به تومورهای وابسته به پروژسترون و استروژن و مبتلایان به بیماری کبدی و سیروز کبدی، سرطان سینه و بیماری قلبی نباید قرص ضدبارداری مصرف کنند.

وی گفت: ابتلا به دیابت، فشار خون بالا، میگرن، برخی بیماریهای قلبی و عدم تحرک شدید نیز از جمله مواردی است که دارای نقش نسبی در مصرف یا عدم مصرف قرص‌های ضدبارداری دارد.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به زنانی که قصد مصرف قرص ضدبارداری را دارند توصیه کرد که قبلا با پزشک خود مشاوه کنند.

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

## مصرف سیگار باعث بیش از ۲ هزار مرگ در هفته می‌شود

۲۰ دقیقه بعد از ترک سیگار، فشارخون و ضربان قلب به سطح طبیعی می‌رسد.

حدود ۲۰ دقیقه بعد از ترک آخرین سیگار، فشارخون، ضربان قلب و درجه حرارت بدن به سطح طبیعی بازگشته و تقریبا ۵ سال بعد از ترک، خطر بیماری‌های وابسته به سیگار به اندازه افراد غیرسیگاری کاهش می‌یابد.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا منطقه علوم پزشکی تهران، طبق اعلام اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد معاونت سلامت وزارت بهداشت، در ایران ۱۵ درصد از جمعیت عمومی سیگار می‌کشند که این آمار در افراد بالای ۱۹ سال، ۲۵ درصد مردان و ۵ درصد از زنان از سیگار استفاده می‌کنند. مصرف سیگار باعث بیش از ۲۰۰۰ مرگ در هفته می‌شود.

شایع‌ترین بیماری‌های وابسته به سرطان ریه، دهان، حنجره، برونشیت مزمن، مشکلات قلبی عروقی و سکت قلبی هستند. سیگار خطر ناتوانی جنسی در مردان را بالا برده و قدرت باروری را در زنان کاهش می‌دهد. همچنین مصرف سیگار در طول دوران حاملگی موجب افزایش خطر سقط و تولد نوزاد با وزن کم می‌شود.

همواره معمولا ۷۵ درصد از سیگاری‌ها قصد ترک دارند. مواد مخرب سیگار عبارتند از نیکوتین که باعث افزایش ضربان قلب و کاهش اشتها می‌شود. منوکسیدکربن گازی سمی است که باعث کاهش اکسیژن خون و مانع از کارایی مؤثر می‌شود.

۲۰ دقیقه بعد از آخرین سیگار، فشار خون، ضربان قلب و درجه حرارت بدن به سطح طبیعی برمی‌گردد. در مدت ۴۸ ساعت انتهای عصبی شروع به رشد کرده و حس چشایی و بویایی افزایش می‌یابد. در مدت ۱ تا ۹ ماه سرفه، تنگی‌نفس و خستگی کاهش و سطح انرژی افزایش می‌یابد. تقریبا ۵ سال بعد از ترک خطر بیماری‌های وابسته به سیگار به اندازه افراد غیرسیگاری می‌شود. ولع، افزایش وزن و بی‌حوصلگی از شایع‌ترین مشکلات ترک است. درمان جایگزین نیکوتین برای افراد مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز مفید است. پس از آن که مصرف قطع شد، این درمان شروع می‌شود و در فرم‌های مختلف برچسب‌های پوستی، آدامس، اسپری بینی، استنشاقی و قرص زیرزبانی وجود دارد.

برگرفته از مجله جامعه پزشکی تهران - شماره ۸۸ بهار ۱۳۸۹

## برگزاری اولین جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات

این جشنواره که با هدف ارتقا دانش مردم به عنوان مصداق سرمایه اجتماعی سلامت بوده و همچنین ایجاد تغییر نگرش در آنان به منظور کنترل دخانیات مد نظر می‌باشد. این برنامه از ۲۵ الی ۲۷ بهمن ماه ۸۹ در بوستان گفتگو برگزار گردید. لازم به ذکر است به علت مصادف بودن با تهیه و زیر چاپ بودن این مجله قادر به تهیه گزارش از این جشنواره برای این شماره نبودیم لذا گزارش ویژه آن را در شماره بعدی به تفصیل به نظرتان می‌رسانیم.

### قربانیان مصرف سیگار

امروزه در سراسر جهان از هر سه نفر که می‌میرند، یک نفر مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی هستند. سیگار اصلی ترین عامل ایجادکننده این بیماری است. بیماری‌های قلبی نظیر انسداد عروق قلب و سکتة قلبی جان تعداد زیادی از مردم را تهدید می‌کند. در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۵ میلیون نفر بر اثر استعمال سیگار جان باختند.

از این تعداد افراد حدود ۷/۲ میلیون نفر بر اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی حاصل از مصرف سیگار جان باختند، یک میلیون نفر بر اثر ابتلا به بیماری‌های ریوی جان خود را از دست دادند و ۸۵۰ هزار نفر بر اثر ابتلا به سرطان ریه در گذشته‌اند. بیماری‌های حاصل از مصرف تا ۱۴ نخ سیگار در روز احتمال ابتلا به سرطان ریه را ۸ برابر می‌کند و اگر این تعداد سیگار مصرفی به ۲۵ نخ در روز برسد، احتمال ابتلا به سرطان ریه ۲۵ برابر خواهد شد. اگر شخصی علاوه بر سیگار از الکل و پپ هم استفاده کند شانس ابتلا به سرطان ریه، لب، دهان، گلو در وی دو چندان می‌شود.

کشیدن سیگار شایع‌ترین عامل شناخته شده‌ای است که با برونشیت مزمن و آمفیزم ارتباط دارد. ۹۰ درصد بیماری‌هایی که بیماری مزمن ریوی دارند، مصرف کنندگان قلبی یا فعلی توتون هستند. کشیدن سیگار برای مدت طولانی حرکت مژک‌های سلول‌های اپی تلیال تنفسی را مختل کرده و شخص را مستعد ابتلا به بیماری‌های ریوی می‌کند. بیماری‌های ریوی حاصل از استعمال سیگار می‌تواند تمامی ارگان‌های بدن را درگیر کند.

وظیفه مهم ریه، رساندن اکسیژن به تمام اعضای بدن است. به این ترتیب که فقر اکسیژن، بیماری‌ها و ناتوانی‌های زیادی ایجاد می‌کند. سیگار نه تنها باعث افزایش انواع بیماری‌ها و سرطان‌های ریه می‌شود، بلکه احتمال ابتلا به سرطان‌هایی نظیر پانکراس، کلیه، کبد، خون، معده، مثانه، دهان، لب و گلو را نیز چند برابر می‌کند.

یکی از اعضای حیاتی که بر اثر مصرف سیگار دچار اختلال عملکرد می‌شود، مغز است. بر اثر کاهش

سیگار مارلبورو که یکی از پرمصرف‌ترین سیگارها در کشور و حتی در سطح جهان است، یکی از پرفروش‌ترین و مطرح‌ترین مارک و محصول مورد مصرف در سطح جهان نیز می‌باشد. طی بررسی‌های انجام شده، چهل مارک برتر و پرفروش جهان در کلیه زمینه‌های اقتصادی رده‌بندی گردید. لازم به ذکر است که مارک مارلبورو در رده هجدهم این لیست قرار دارد. در حالی که مارک‌های معروفی از جمله سامسونگ، پپسی، نسکافه، کنون و سونی بعد از آن قرار دارند. سه مارک برتر این لیست به ترتیب عبارتند از کوکاکولا و شرکت‌های کامپیوتری آی‌بی‌ام و مایکروسافت. بد نیست بدانیم مارک پپسی در مقام بیست‌وسوم، لوازم ورزشی نایک در رتبه بیست‌وپنجم، نسکافه در رتبه بیست و هفتم، محصولات الکترونیکی کنون رتبه سی‌وسوم و سونی در مقام سی‌وچهارم قرار دارند. جدول زیر به وضوح نشانگر ارزش مارک و بخش پرفروش این شرکت‌ها می‌باشد.

رتبه فعلی رتبه پیشین کشور سازنده بخش ارزش مارک (میلیون دلار)

۱	۱	ایالات متحده	نوشیدنی‌ها	۲۰۲۲	
۲	۲	ایالات متحده	خدمات تجاری	۲۲۲۲	
۳	۳	ایالات متحده	نرم‌افزار کامپیوتر	۲۰۸۵	
۴	۴	ایالات متحده	خدمات اینترنتی	۲۲۵۲	
۵	۵	ایالات متحده	گوناگون	۲۲۸۰۸	
۶	۶	ایالات متحده	رستوران‌ها	۲۲۵۲۸	
۷	۷	ایالات متحده	الکترونیک	۲۲۰۱۵	
۸	۸	فنلاند	الکترونیک	۲۲۲۵	
۹	۹	ایالات متحده	رساله	۲۸۲۱	
۱۰	۱۰	ایالات متحده	الکترونیک	۲۲۸۲	
۱۱	۱۱	ژاپن	صنعت اتومبیل	۲۲۱۲	
۱۲	۱۲	آلمان	صنعت اتومبیل	۲۵۱۲	
۱۳	۱۳	ایالات متحده	لوازم بهداشتی	۲۲۲۸	
۱۴	۱۴	ایالات متحده	خدمات تجاری	۲۲۲۱	
۱۵	۱۵	آلمان	صنعت اتومبیل	۲۲۲۲	
۱۶	۱۶	فرانسه	پوشاک	۲۱۸۰	
۱۷	۱۷	ایالات متحده	الکترونیک	۲۱۱۲۲	
۱۸	۱۸	ایالات متحده	دخان‌ریز	۱۹۹۱	
۱۹	۱۹	کره جنوبی	الکترونیک	۱۹۲۱	
۲۰	۲۰	ژاپن	صنعت اتومبیل	۱۸۰۰۰	

www.interbrand.com/en/best-global-brands۲۰۰۵



اکسیژن مغز، احتمال ابتلا به آلزایمر (از دست دادن حافظه، عدم تشخیص زمان، مکان، جهت و...) دو برابر افراد عادی می‌شود.

همچنین با مصرف سیگار، جریان خون در دهان کاهش یافته و احتمال ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان نیز افزایش می‌یابد. به طوری که آمار نشان می‌دهد افراد سیگاری بیشتر از افراد عادی دندان‌های خود را از دست می‌دهند، رنگ دندان‌هایشان تیره می‌شود و بیماری‌های دهان و دندان به صورت شدیدی در آنان بروز می‌کند. حتی در کاشت دندان نیز افراد سیگاری با شکست بیشتری مواجه می‌شوند. به علت عدم اکسیژن‌رسانی مناسب، ترمیم زخم در افراد سیگاری با ۸۰ درصد تأخیر صورت می‌گیرد.

بنابراین در صورت انجام عمل جراحی، این افراد باید بسیار مراقب زخم و عفونت ناشی از عمل جراحی باشند. به علت افت جریان خون و اثری که سیگار بر روی آنزیم‌های پوستی دارد، پوست افراد سیگاری تیره‌تر و دارای چین و چروک بیشتری است. همچنین سیگار مهمترین عامل بروز سرطان معده و مری بوده و در بروز بیماری‌های چشم نظیر آب مروارید نیز مؤثر است.

با توجه به رشد روزافزون تعداد زنان جوان سیگاری در سال‌های نه چندان دور با یک اپیدمی سرطان ریه در زنان جوان روبرو خواهیم شد؛ زیرا زنان سیگاری دو برابر مردان سیگاری شانس ابتلا به سرطان ریه دارند. زنانی که سیگار می‌کشند، بیشتر در معرض حملات قلبی، انواع سرطان‌ها و مشکلات دهان و ریه قرار دارند. آمار نشان می‌دهد که از سال ۱۹۸۷ به بعد سرطان ریه حتی بیشتر از سرطان سینه جان زنان را در معرض خطر قرار داده است.

سیگار روی باروری زنان نیز تأثیر داشته و حتی طی حاملگی احتمال زایمان زودرس، مرگ جنین و تولد نوزاد با وزن کم را افزایش می‌دهد. زنانی که علاوه بر سیگار از قرص‌های ضدباروری نیز استفاده می‌کنند، ده برابر افراد عادی دچار حمله قلبی می‌شوند.

سیگار علاوه بر فرد سیگاری به اطرافیان و افراد خانواده او آسیب‌های فراوان می‌رساند و آنها ناخواسته مبتلا به بیماری‌هایی به مراتب شدیدتر از بیماری‌های

فرد سیگاری می‌شوند. تحقیقات انجام شده حاکی است که برونشیت مزمن، عفونت ریه، آسم و سایر بیماری‌های مزمن ریوی در بچه‌هایی که والدین آنها سیگار می‌کشند بیشتر دیده می‌شود و حتی شانس ابتلا به سرطان‌های مختلف نیز در این کودکان بالاتر است. بسیاری از اطرافیان فرد سیگاری از تحریک چشم‌ها، بینی، گلو، کاهش عملکرد ریه، افزایش ابتلا به آسم و شدت حملات آن شکایت دارند.

آزمایش‌ها نشان می‌دهد که احتمال ابتلا به بیماری‌های عروق قلبی در سیگاری‌های غیرفعال (افراد در معرض دود سیگار) بیشتر است. سالانه میلیون‌ها نفر در سراسر جهان در معرض ابتلا به بیماری‌های عروقی قلبی هستند که این افراد مستعد ابتلا به سرطان‌های مختلف، به ویژه سرطان ریه نیز هستند. مصرف سیگار به مدت طولانی تغییرات مخربی در ریه ایجاد می‌کند.

<http://www.qudsdaily.com/archive/1387/html/2/1387-02-23/page9.html#top>

### سیگار کشیدن درد ناشی از سرطان را افزایش می‌دهد

نتایج بررسی‌ها نشان داد بیماران سرطانی که سیگار می‌کشند، درد بیشتری را نسبت به سایر بیماران سرطانی غیرسیگاری تحمل می‌کنند. به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا منطقه علوم پزشکی تهران، دکتر جوزف دلبیودیت (Joseph W. Ditre) از گروه روانشناسی دانشگاه A&M تگزاس و جمعی از همکارانش با مطالعه ۲۲۴ بیمار سیگاری مبتلا به سرطان دریافتند درد در بیمارانی که سیگار می‌کشند، شدیدتر از بیماران غیرسیگاری مبتلا به سرطان است. همچنین افرادی که استعمال سیگار را ترک کرده بودند، درد کمتری نسبت به افراد سیگاری داشتند.

یافته‌های این بررسی نشان داد افراد مبتلا به سرطان که در زمان تحقیق سیگار می‌کشیدند، در مقایسه با کسانی که اصلاً سیگاری نبودند درد بیشتری را گزارش کردند.

همچنین یک رابطه معکوس بین درد و مدت زمان ترک سیگار در گذشته وجود داشت، به نحوی که در



میان سیگاری‌های سابق، کسانی که مدت زمان بیشتری از ترک سیگارشان می‌گذشت، درد کمتری احساس می‌کردند.

دکتر باستین (Bastian) از گروه پزشکی داخلی دانشگاه Duke معتقد است پزشکان باید بیماران خود را به ترک سیگار ترغیب کنند چرا که این در بهبود درمان و کیفیت زندگی بیمار تاثیرگذار خواهد بود. نتایج این مطالعه در نشریه درد در شماره ژانویه ۲۰۱۱ به چاپ رسید.

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

## افزایش مالیات سیگار در نیویورک

نیویورک تایمز/ بیست و سوم ژوئن ۲۰۱۰ / نیکلاس کانفسور

کوین س. پارکر از بروکلین و سی و یک دموکرات از مجلس سنای امریکا به افزایش مالیات تا ۱/۶۰ دلار بابت هر پاکت سیگار رأی داد. مجلس سنا، این مبلغ را که بالاترین مالیات سیگار در کل کشور می‌باشد در ماه جولای تصویب کرد. از این رو ساکنین سیگاری شهر نیویورک مجبور شدند سیگارهای خود را تا ته بکشند. قانون جدید که قسمتی از یک تعیین اضطراری بودجه برای ادامه کنترل دولت بود، ۱/۶۰ دلار دیگر به مالیات‌های ایالت روی هر بسته سیگار می‌افزاید که از اول جولای ۲۰۱۰ اجرا گردید. به این ترتیب، قیمت متوسط هر بسته تا حدود ۹/۲۰ دلار زیاد شد. بدین ترتیب در شهر نیویورک، قیمت متوسط آن به خاطر مالیات‌های تحمیل شده حتی بیشتر هم می‌شود و تقریباً ۱۱ دلار قیمت هر بسته بالاتر می‌رود. افرادی که محصولات دخانی دیگر را ترجیح می‌دهند نیز باید مبلغ قابل توجه بیشتری بپردازند. مالیات محصولات دخانی بدون دود بیشتر از دو برابر شد و از اول آگوست ۹۶ سنت بابت هر اونس به ۲ دلار بابت هر اونس رسید. مالیات عمده فروشی سیگار و دیگر انواع دخانیات از ۴۶ درصد به ۷۵ درصد رسید. از بحث‌برانگیزترین قوانینی که مجلس از اول سپتامبر به اجرا می‌گذارد این است که این ایالت شروع به جمع‌آوری (یا سعی در جمع‌آوری) مالیات‌های سیگارهایی می‌کند که از ذخایر هندی‌ها فروخته می‌شود تا بتواند بر این قسمت‌ها کنترل داشته باشد و این موضوع منجر به اعتراضات

اعتراضات شدیدی در اوایل دهه ۱۹۹۰ گردید. یک مقام هندی گفته است که تلاش برای جمع‌آوری مالیات‌ها، یک اقدام جنگی به شمار می‌رود. دیوید پاترسون، در پیشنهاد بودجه اجرایی‌اش، افزایش کمتری معادل ۱ دلار را روی هر بسته مطرح کرده و اظهار داشت که این کار مانع کاهش بیشتر هزینه‌هایی می‌گردد که صرف مراقبت‌های بهداشتی افراد می‌شود. اما حال آقای پاترسون و رؤسای مجلس با توجه به بودجه ایالت که تقریباً سه ماه از موعد آن گذشته، بر سر گنجاندن پیشنهاد اصلاح شده در رابطه با در نظر گرفتن مبالغی اضطراری برای تأمین مالی یک هفته عملیات دولت به توافق رسیدند و در پی آن قانون‌گذاران را تحت فشار گذاشتند که یا آنها را حمایت کنند و یا خطر فروپاشی دولت را بپذیرند.

این مالیات‌ها ۴۴۰ میلیون دلار درآمد برای برنامه‌های درمانی فراهم می‌کند. از این جمله می‌توان به یارانه‌های اختصاص داده شده به داروهای بیماران مبتلا به ایدز، هزینه برنامه‌های ترک دخانیات و ۷۱/۶ میلیون دلار بابت مرکز ایالتی تحقیقات سرطان در بوفالو اشاره کرد. در مجلس سنا، جایی که جمهوری‌خواهان و بسیاری از دموکرات‌ها با سلسله مراتب مختلف با افزایش مالیات مخالف بودند مبالغی از جمله مالیات‌های بالاتر در راستای دقیق خطوط حزبی با سی و دو دموکراتی که همگی رأی مثبت دادند و بیست و نه جمهوری خواهی که رأی منفی دادند تصویب گردید. همچون مبالغ اضطراری دیگر که فقط شامل تخصیص بودجه می‌شد، جمهوری خواهی به نام روی جی مک دونالد با اعلام رأی مثبت خود به دموکرات‌ها پیوست. دو مبلغ هم با فقط چند رأی در مجلس، جایی که جمهوری خواهان همکاران دموکرات خود را مورد هجوم قرار دادند حذف گردید. جیم‌هیز یکی از اعضای مجلس، جمهوری خواهی از ناحیه بوفالو به دموکرات‌ها گفت: «شما به هیچ‌وجه مالیاتی را که دوست ندارید تأیید نمی‌کنید. فرماتدار یک دلار را پیشنهاد کرد. شما آن را به شصت دلار افزایش دادید!»

اما به گفته دموکرات‌ها این مبلغ درآمد لازم را فراهم می‌کند و کم‌کم راه گریز قانونی را فراهم می‌کند که نیویورکی‌ها از طریق آن می‌توانند سیگارهای بدون مالیات را از جاهای خاصی زیر قیمت بخرند و

فروشنندگان هم می‌توانند این سیگارها را زیر قیمت بفروشند.

جفری کلین، دموکراتی از ایالت وست چستر و برونکس گفت: «به دلیل قدمی که امروز در این ایالت بر می‌داریم، ایالت نیویورک حالا بازوهای دیگری برای جمع‌آوری این منبع بسیار مهم مالیات بر درآمد به طور کامل و به موقع خواهد داشت.» او از جمله کسانی بود که مجلس را برای جمع‌آوری مالیات سیگار از مناطق خاص تحت فشار گذاشته بود.

طرفداران سلامتی، خواهان وضع مالیات‌های بالاتر بر سیگار هستند. آنها عقیده دارند که این کار بسیاری از افراد سیگاری را به ترک عادت خود ترغیب می‌کند. اما منتقدین از جمله خرده‌فروشان دخانیات گفتند که آنها مشتریان بیشتری را روانه بازار سیاه می‌کنند. این دوازدهمین مبلغ اضطراری بود که از شروع سال مالی در اول آوریل تصویب می‌شد. آقای پاترسون این قول را داده است که اگر مجلس نتواند تا موعد انقضای صورت‌حساب اضطراری بعد بر سر بودجه میان اعضای خود به توافق برسد، بقیه پیشنهاد بودجه خود را با مجلس در میان خواهد گذاشت.

به گفته سخنگوی مجلس، شلدون سیلور مذاکرات بودجه روند رو به جلویی دارند. او در مصاحبه‌ای به خبرنگاران گفت: «اطمینان دارم که این مذاکرات پیش می‌روند، شاید این روند کمی کندتر از آنچه هفته گذشته بوده اما به نظر من خوب پیش می‌روند.» برملا شدن راز مذاکرات میان آقای پاترسون و اکثریت دموکرات‌ها در مجلس و میان اعضای سنا، سناتورهای جمهوری خواه به طور مکرر دمکرات‌ها را در خلال بحثی برای توضیح دادن چگونگی جبران بقیه این فاصله که به گفته دمکرات‌های سنا این مبلغ ۳/۶۵ میلیارد دلار است تحت فشار گذاشتند. آنها همچنین دمکرات‌های طرف مذاکره تقسیم بودجه را محکوم به مخفی‌کردن هزینه واقعی اولویت‌های بودجه‌شان کردند و بنابراین فقط وام جدید یا مالیات بردرآمد بالاتر می‌تواند توازن بودجه را به همراه داشته باشد. جان دی فرانسیسکو، عضو جمهوری خواه کمیته مالی مجلس سنا گفت: «فقط نمی‌دانم چطور این روند به چیزی غیر از مالیات و پول و وام منتج می‌گردد. این راه درستی برای اداره دولت ایالتی نیست.»

اعضای سنا همچنین موافقت خود را با یک سری مبالغ بودجه دیگر که به وسیله آقای پاترسون مطرح گردید اعلام کردند که به تأیید مجلس هم رسید. این مبالغ هزینه‌های سیستم قضایی عملیات دولت، بخش حمل و نقل و تلاش‌های توسعه اقتصادی ایالت را نیز در بر می‌گرفت. مقامات رسمی اظهار کردند که این مبالغ به میزان حدود ۱ میلیارد دلار، فاصله بودجه بیش از ۹ میلیارد دلاری امسال ایالت را کم می‌کند و با این کاهش، عایدی جدید حاصل شده و باعث تقویت دولت می‌گردد.

یکی از بیشترین کاهش‌ها، به از دست رفتن کل سهمیه مختص کمک مستقیم به ایالت منتج گردید که حدود ۳۰۲ میلیون دلار بود. زمانی که پلیس ایالتی دو سال متوالی در گذاشتن کلاس‌های آموزشی برای نیروهای تازه تأخیر نمود، این مبالغ نیز فقط به دو زندان در شمال ایالت نیویورک محدود شد. این مبالغ همچنین آنچه را تحت عنوان «روفتن» خوانده شوند را در بر می‌گیرند، جایی که قانون‌گذاران پول‌ها را از حساب‌هایی بیرون می‌کشند که از نظر فنی بخش مربوط به بودجه ایالتی نیستند. به عنوان مثال: مجلس ۶۵ میلیون دلار را از یک مقام صاحب اختیار در نیویورک به وجه سرمایه‌گذاری عمومی ایالت انتقال داد.

## درخواست مکان‌های ویژه افراد سیگاری

اسوشیتدپرس/۲۳ ژوئن ۲۰۱۰

مکان‌های اختصاص داده شده برای سیگاری‌ها باعث کاهش تعداد افرادی می‌گردد که در اماکن عمومی سیگار می‌کشند و تعداد افراد سیگاری که به خاطر نقض «قانون ۲۰۰۵ دخانیات» جریمه می‌شوند نیز کاهش می‌یابد. بولتین برآن شد که با شهروندان و ساکنین برای آگاهی از نظرات آنها در مورد اجرای اخیر «قانون ۲۰۰۵ دخانیات» مصاحبه کند. به نظر می‌رسید همه این افراد قریب به اتفاق موافقتند که مکان‌های مخصوص افراد سیگاری به بهبود این وضعیت کمک می‌کند. هایدی یک دانشجو است که می‌گوید: «به نظر من فکر خوبی است اما مکان‌های مشخصی برای سیگار کشیدن باید موجود باشد و



جریمه‌های در نظر گرفته شده برای افرادی که بار اول است این قانون را زیر پا گذاشته‌اند خیلی بالاست. نظر من این است که به افراد باید هشدار داده شود نه اینکه جریمه شوند. اگر نمی‌خواهند افراد سیگار بکشند پس اصلاً چرا این سیگارها هنوز فروخته می‌شوند؟»

یک فرد سیگاری که به وسیله واحد کنترل دخانیات به خاطر کشیدن سیگار در مکان عمومی جریمه شده بود اعلام کرد: «این منصفانه نیست. در سایر کشورها، افراد به خاطر آشغال ریختن جریمه می‌شوند اما مردم همچنان می‌توانند سیگار بکشند. به جای جریمه بلافاصله بعد از انجام این کار، ابتدا باید به ما هشدار بدهند. مکان‌های اختصاصی برای افراد سیگاری باید در نظر گرفته شود.»

یک نمایندگی فروش محصولات دخانی گفت: «منصفانه است اما به نظر من لازم نیست این قدر هم شدت عمل به خرج دهند چون با این کار عرصه را به افراد سیگاری تنگ می‌کنند. مکان‌هایی مخصوص برای آنها باید در نظر گرفته شود چون این کار باعث می‌شود که افراد سیگاری از سایر افراد جدا شوند.»

یکی از اعضای گروه که دلش نمی‌خواست اسمش فاش گردد گفت: «فکر نکنم بدون فراهم کردن اماکن مختص افراد سیگاری این کار منصفانه باشد. به جای آن می‌توان علائم «سیگار کشیدن ممنوع» و علائمی که می‌گویند: «سیگار کشیدن در این مکان جریمه دارد» و غیره را نصب کرد. آنها هشدار زیادی به ما نمی‌دهند. علائم باید جایی نصب شوند که اثر بخشی شان بیشتر شود و ما را در جریان بگذارند که کجا می‌توانیم سیگار بکشیم و کجا نمی‌توانیم.»

توریستی در این کشور با نام جورج گفت: «به نظر من این کمی سخت‌گیرانه است. مصرف سیگار در مکان‌های عمومی بسته درست نیست اما بیرون از این مکان‌ها اتاق‌هایی برای این افراد وجود دارد.»

در حال حاضر افراد نمی‌دانند کجا اجازه دارند سیگار بکشند. این درست نیست که افراد را وقتی نمی‌دانند چه موقع کار اشتباهی انجام می‌دهند جریمه کنیم. او در ادامه گفت: «به نظر من این توریست‌ها باید مانند ساکنین کشور مطیع قوانین باشند هر چند که برایشان چندان آسان نباشد. به پیشنهاد من مکان‌هایی فقط

برای کشیدن سیگار اختصاص داده شود با علائمی که این مکان‌ها را نشان دهند و نصب علائمی در مکان‌هایی که اصلاً نمی‌توانید سیگار بکشید. همراه با اضافه کردن این اطلاعات که در صورت کشیدن سیگار ۱۵۰ دلار جریمه خواهید شد.»

نایبلا دانشجویی که خودش سیگار نمی‌کشد می‌گوید: «راستش را بخواهید فکر نکنم فایده‌ای داشته باشد چون افراد هنوز هم بدون توجه و ملاحظه سیگار می‌خرند و به سیگار کشیدن خود به هر حال ادامه می‌دهند. افراد غیرسیگاری باید مسیر خود را عوض کنند. آنها می‌توانند داخل یا خارج از رستوران بروند. سیگاری‌ها خارج از رستوران می‌ایستند. شاید هم قسمتی مخصوص افراد سیگاری و قسمتی مخصوص افراد غیرسیگاری در نظر گرفته شود تا آنها بتوانند تصمیم خود را بگیرند.»

#### دود سیگار مهمترین عامل بروز حملات آسم در کودکان

کارشناسان بهداشت عمومی در آمریکا هشدار دادند که تماس با افراد سیگاری هنوز مهمترین عامل افزایش حملات آسم کودکان در این کشور است. به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، این یافته حاصل یک بررسی آماری از ماه اوت تا ماه سپتامبر سال ۲۰۱۰ میلادی در نظرسنجی بیمارستان اطفال سی.اس.موت است.

این نظرسنجی از ۱۶۲۱ پدر و مادر انجام گرفت که در آمریکا زندگی می‌کردند و کودکان آنها سابقه ابتلا به حملات آسمی را داشتند. از این والدین درباره فاکتورهایی که سبب بروز تشدید حملات آسم در کودکانشان می‌شدند پرسش‌هایی انجام گرفت و بررسی شد که این کودکان چه مدت زمانی را احتمالاً با افراد سیگاری سپری کرده بودند.

به گزارش خبرگزاری رویترز، در بین این والدین ۷۳ درصد اظهار داشتند که عامل بروز حملات آسم در کودکانشان تماس با دود سیگار بوده است و نزدیک به نیمی از این والدین عنوان کردند که کودکان آنها با افرادی در تماس بوده‌اند که سیگار می‌کشیدند. به گفته متخصصان، اغلب مهمترین افراد سیگاری در

اطراف یک کودک مبتلا به آسم والدین او و در موارد کمتر بستگان و دوستان خانوادگی هستند.  
[www.isna.ir](http://www.isna.ir)

## ممنوعیت مصرف سیگار در فرودگاه‌های عربستان سعودی

شورای وزیران عربستان سعودی (GACA) (مقام ارشد هوانوردی) را وادار کرد مصرف سیگار را در تمام فرودگاه‌ها و تسهیلات آن در عربستان قدغن کند. همچنین به GACA توصیه کرد که جریمه‌ای معادل ۲۰۰ ریال سعودی برای افرادی که این مقررات جدید را زیر پا می‌گذارند مقرر گردد.

جلسه کابینه به ریاست سلطان امیر کرون، قائم مقام و وزیر دفاع و نیروی هوایی توصیه‌های شورای ۱۵۰ نفری را تأیید کرد.

هرچند که عربستان مقررات ضد دخانی را در ماه آگوست ۲۰۰۳ تصویب کرد، این عادت میان افراد این کشور بیشتر شده است. هر سال ۶ میلیون نفر سیگاری در این کشور ۸ میلیارد ریال سعودی را دود می‌کنند و به هوا می‌فرستند. بر طبق یک گزارش بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار ماهانه باعث مرگ حداقل ۳۳ نفر در این کشور می‌شود.

عربستان سعودی از نظر مصرف سیگار در دنیا مقام چهارم و از نظر جمعیت در مقام چهارم و یکم قرار دارد. هر ساله ۱۳ میلیارد نخ سیگار وارد این کشور می‌گردد. حدود ۱۰ درصد سیگاری‌های عربستان زن و ۱۹/۳ درصد آنها جوانان هستند. تحقیقات حاکی از آن هستند که ۱۰ الی ۱۵ درصد خانواده‌ها فردی سیگاری در منزل خود دارند و در معرض دود سیگار قرار می‌گیرند. جلسه اعضای کابینه سفر خارجی اخیر متولی دو مسجد مقدس شاه عبدالله را بررسی کرد و امیدوار بود دیدارش از کانادا، ایالت متحده، مراغه و فرانسه نتایجی دربرداشته باشد. این کابینه «غزال یک» را برای اولین بار به بازار عرضه کرد. اولین ماشین عربستان سعودی که توسط دانشجویان دانشگاه شاه سعود طراحی شد و آن را به عنوان نشانه‌ای برای تصمیم

عربستان برای سرمایه‌گذاری روی اطلاعات اقتصادی به خوبی تعبیه کرده بودند.

این کابینه تصمیم گرفت با آفریقای جنوبی به توافق برسد که افراد محکوم و مجرم شناخته شده را به میهنشان بازگرداند. همچنین قراردادهایی را برای عملی کردن پروژه مسکن در جازان به امضاء رساندند مانند اسکان دادن افرادی که سال گذشته توسط مهاجمین یمن مورد حمله قرار گرفتند. این پروژه شامل ۶۰۰۰ واحد مسکن، ۳۱ مسجد، ۳۵ مدرسه، ۵ مرکز بهداشت و تسهیلات زیر ساختاری می‌باشد.

«من سعی نمی‌کنم همه والدین را وادار کنم که سیگار کشیدن را ترک کنند، فقط می‌خواهم آنها را از اثری که سیگار می‌تواند روی زندگی افراد دیگر داشته باشد آگاه کنم. من در حال مرگی بسیار آرام و هولناک هستم، لطفاً نگذارید همین اتفاق برای فرزندان شما هم بیافتد.»

این گفته پدر خوانده لیندا ری ایوانز است که وقتی لیندا دو ساله بود به خانواده آنها ملحق شد و سال ۱۹۹۰ در سن ۶۰ سالگی در اثر سرطان ریه درگذشت. مادر او جوان ال ۷۲ سال سن دارد و اخیراً دچار بیماری ربوی شده است و دو سال پیش علائم شدید سرطان پوست نیز در او مشاهده شد. لیندا نمی‌تواند بدون کمک راه برود. وی روی صندلی چرخ‌دار بوده یا برای بیرون رفتن از خانه روی صندلی‌های موتوری می‌نشیند. او می‌گوید: «اگر می‌دانستم که سیگار کشیدن چه لطمه‌ای به فرزندانم می‌زند هیچ‌گاه در کنار آنها سیگار نمی‌کشیدم. زمانی که متوجه شدم این سیگار کشیدن من چه مشکلاتی را برای لیندا به بار می‌آورد دیگر در حضور او سیگار نکشیدم. حال مردم می‌دانند که نباید وقتی با فرزندان خود هستند سیگار بکشند خصوصاً وقتی در اتومبیل هستند.» او اضافه کرد که «اگر شش سال و نیم پیش سیگار را ترک نکرده بودم تا حالا مرده بودم.»



سیگار صورت می‌گیرد که این امر خوشبختانه امروزه در حال اجرا است.

**۵- آیا تمایلی دارید که با مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات همکاری داشته باشید؟**  
با فعالیت‌های این مرکز آشنایی ندارم اما قطعاً علاقه مندم با این مرکز همکاری داشته باشم بالاخص در زمینه رشته تخصصی خودم و ارتباط آن با دخانیات.

**۶- علل گرایش جوانان و نوجوانان به دخانیات چیست؟**

یکی از فاکتورهای گرایش جوانان و نوجوانان به دخانیات یادگیری است که از سوی خانواده دوستان و اطرافیان صورت می‌پذیرد. به عنوان مثال قلیان در بین نوجوانان و جوانان به صورت یک هنجار درآمده است. دوم اثرپذیری که از سوی افراد مورد علاقه صورت می‌گیرد. مثلاً هنرپیشه‌های صدا و سیما و ... البته بخشی از سیگار کشیدن‌ها به شرایط روحی افراد برمی‌گردد و فرد فکر می‌کند با مصرف دخانیات به یک آرامش روحی می‌رسد.

**۷- آیا ارتباطی بین مصرف دخانیات و بیماری خودایمنی وجود دارد؟**

بیماری‌هایی هستند که به دلیل وجود فاکتورهای خاص (محیطی و ژنتیکی) به ارگان‌های بدن آسیب می‌زنند مانند بیماری‌های آرتریت روماتوئید یک سری عوامل محیطی در کنار عوامل ژنتیکی می‌تواند سبب شعله‌ور شدن علائم بیماری‌های خودایمنی شود و سایر ارگان‌های بدن را دچار تخریب می‌نماید به عنوان مثال مفاصل دچار تخریب می‌شوند و مصرف دخانیات به عنوان فاکتور اصلی خطر از نظر محیطی در بیماری‌های روماتیسمی که خودایمنی هستند واضح می‌باشند.

**۸- آیا ارتباطی بین مصرف دخانیات و بیماری برگر وجود دارد؟**

این بیماری یک بیماری عروقی التهابی است که بیشتر در کشورهای خاورمیانه و خاور دور دیده می‌شود و آقایان بیشتر از خانم‌ها درگیر این بیماری هستند که در سنین چهل تا چهل و پنج سالگی نمایان می‌شود.



دکتر مرجان کریمی  
فوق تخصص روماتولوژی  
عضو سابق هیئت علمی دانشگاه  
علوم پزشکی زنجان

**۱- علت اینکه فوق تخصص خود را در رشته روماتولوژی انتخاب کردید چه بود؟**

علت اصلی آن علاقه شخصی به این رشته بود البته اساتید بنده نقش موثری در این انتخاب داشتند که جا دارد در همین جا تشکر ویژه‌ای از آنها داشته باشم. از طرف دیگر شیوع زیاد این بیماری در بین خانم‌ها بود که انگیزه اینجانب را مضاعف کرد.

**۲- لطفاً از مضرات دخانیات برای ما صحبت نمایید؟**  
مصرف دخانیات به تمامی اعضای بدن آسیب می‌رساند، به عنوان مثال در رشته تحصیلی ما پوکی استخوان را به همراه دارد که متأسفانه خانم‌ها نسبت به آقایان بیشتر درگیر این بیماری هستند یا مصرف دخانیات احتمال بیماری روماتولوژی و روماتیسمی را افزایش می‌دهد. مصرف دخانیات همچنین اثربخشی داروهای روماتولوژی را کاهش می‌دهد.

**۳- چه توصیه‌ای به افراد سیگاری دارید؟**

من هر وقت که یک فرد سیگاری را می‌بینم از مضرات سیگار و ارتباط آن با بیماری که تخصص اینجانب است او را آگاه می‌نمایم تا مصرف دخانیات را ابتدا کم سپس ترک نماید. توصیه اینجانب به افراد سیگاری قطع کامل آن است.

**۴- کنترل دخانیات در کشور از چه راه‌هایی امکان‌پذیر است؟**

مهمترین راه اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی عمومی از مضرات دخانیات است. اطلاع‌رسانی عمومی می‌تواند از سوی رسانه‌های عمومی (صدا و سیما، مطبوعات و ...) صورت بپذیرد و نتیجه این که اول از خانواده‌ها باید شروع کرد تا آگاهی آنها افزایش پیدا کند البته راه‌های دیگری هم وجود دارد نظیر تبلیغاتی که روی پاکت

تحقیقات نشان داده است استفاده از توتون و تنباکو به عنوان شروع و پیشرفت این بیماری محسوب می‌شود. در این بیماری افرادی که اصرار به مصرف تنباکو دارند قطع انگشتان دست و پا حتمی خواهد بود و قطع سیگار به عنوان درمان واقعی بیماری برگر خواهد بود. **۹- لطفا در مورد ارتباط بین مصرف دخانیات و دردهای مفاصلی برای خوانندگان این مجله صحبت نمایید.**

به طوری که مصرف دخانیات در یک سری بیماری‌ها باعث افزایش درد می‌شود، به عنوان مثال افرادی که دچار کمر درد هستند مصرف سیگار باعث افزایش درد آنها می‌شود، یا بیماری اتوایمون (خود ایمنی) سیگار باعث کاهش اثربخشی در روماتیسم می‌شود و اگر دارو همزمان با مصرف سیگار باشد این دارو بی‌اثر خواهد بود و دردهای بیمار التیام نخواهد یافت.

**۱۰- آیا مصرف دخانیات در روند درمان تأثیری خواهد داشت؟**

مسلماً درمان به تأخیر خواهد افتاد تحقیقات نشان داده است بیمارانی که سیگار مصرف نکرده‌اند پاسخ بهتری به درمان‌ها داده‌اند پس می‌توانیم بگوییم

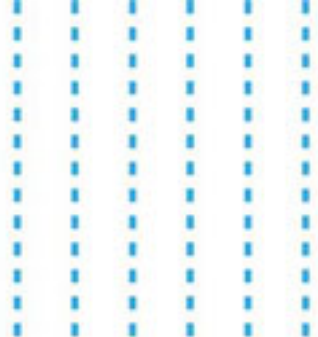
سیگار باعث کاهش تأثیر داروها می‌شود و ممکن است درمان این‌گونه بیماران تداوم نداشته باشد.

**۱۱- از آنجایی که ورزشکاران کمتر سراغ دخانیات می‌روند آیا بین ورزش و بیماری‌های مفصلی ارتباطی وجود دارد؟**

بله، ورزش باعث تقویت و امنیت عضلات می‌شود و افراد ورزشکار کمتر دچار بیماری‌های مفصلی می‌شوند البته روی مفاصل فشار کمتری وارد شود در نتیجه فرد سالم‌تر خواهد بود.

**۱۲- در مورد پوکی استخوان و مصرف دخانیات برای ما توضیح دهید؟**

افرادی که علاقه‌مند به سلامتی خود هستند قطع کامل سیگار توصیه می‌شود چرا که سیگار باعث از دست رفتن استخوان‌ها می‌شود و مصرف یک بسته سیگار در روز باعث کاهش ۵ تا ۱۰٪ تراکم استخوان می‌شود. از طرف دیگر سیگار با افزایش متابولیسم هورمون استروژن باعث بی‌تأثیر شدن این هورمون می‌شود. بالاخص در مورد خانم‌ها که این مسئله مصداق بیشتری پیدا می‌کند و در واقع سیگار باعث از بین رفتن سلول‌های استخوان استئوبلاست و پوکی استخوان خواهد شد.





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

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

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

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

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

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

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

**ماده ۱۰-** به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات که در این قانون به اختصار ستاد نامیده می‌شود با ترکیب زیر تشکیل می‌شود:

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

- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی.

- وزیر آموزش و پرورش.

- وزیر بازرگانی.

- فرمانده نیروی انتظامی.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

است.

است.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# هر روزی بزرگ‌ترین چاپ شده

## فصل اول

### ارقام مربوط به سیگار در دنیا

آمار جهانی سیگار:

- حدود ۵ میلیون نفر در سال جاری بر اثر بیماریهای ناشی از مصرف سیگار جان خود را از دست خواهند داد، در حالی که تا سال ۲۰۳۰ این آمار سالانه به ۱۰ میلیون نفر می‌رسد.

- تا سال ۲۰۳۰، ۷۰٪ کل مرگ و میر ناشی از سیگار در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد، در حالی که امروزه این آمار در حدود ۵۰٪ می‌باشد.

- اگر این روند ادامه یابد در

حدود ۶۵۰ میلیون نفر جان خود را بر اثر مصرف سیگار از دست خواهند داد که نیمی از این مرگ و میرها در سالهای مفید میانسالی رخ می‌دهد و هر یک از این افراد ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر خود را از دست می‌دهند.

- در کشور چین که مصرف دخانیات رو به افزایش می‌باشد، هزینه‌های بهداشتی مستقیم و غیرمستقیم مصرف سیگار ۶/۵ میلیارد دلار در سال برآورد شده است.

### آمار مربوط به سیگار در ایران:

بر اساس آمار طرح سلامت که توسط معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹ منتشر شد ۱۴/۶٪ از افراد بالای ۱۵ سال کل جمعیت کشور مصرف سیگار داشته‌اند که این رقم به تفکیک جنس برابر با ۲۷/۲٪ در آقایان و ۲/۴٪ در خانمها می‌باشد. همچنین ۱۰/۱٪ افراد رده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال مصرف سیگار داشته‌اند. تکرار این تحقیق به سال ۱۳۷۸ نشان می‌دهد که ۱۲/۵٪ کل جامعه بالای ۱۵ سال شامل ۲۵٪ آقایان و ۲/۵٪ خانمها سیگار مصرف می‌کنند، البته لازم به ذکر است که در رده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال مصرف سیگار به ۱۷/۱٪ رسیده است. (۱)

## سیگار در باره

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
مرکز تحقیقات پزشکی و کنترل دخانیات



گردآوری: دکتر غلامرضا حیدری  
ترجمه: پرویز سیاهی  
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی

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

زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده است.

دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: پس از یک دهه فعالیت در زمینه آموزش و پژوهش مرتبط با برنامه‌های کنترل دخانیات تجارب اندکی که حاصل گردیده است نشان می‌دهد در این موضوع هر چه بیشتر بدانی و کار کنی افق‌های گسترده تری برای آموختن و اجرا کردن می‌یابی، همان‌گونه که در تمامی علوم این چنین می‌باشد.

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

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

(۲۱٪). میزان وابستگی به نیکوتین که با تست فاگشروم (پرسشنامه ۶ سوالی یا حداکثر نمره ۱۰) سنجیده می‌شود نشان می‌دهد ۱۸۹ نفر (۴۵٪) وابستگی بالا به سیگار دارند و اولین سیگار را بلافاصله بعد از برخاستن از خواب می‌کشند. (۴)

#### تولید و مصرف جهانی دخانیات:

- روزانه بیش از ۱۵ میلیارد نخ سیگار در سراسر جهان مصرف می‌شود.

- در حال حاضر تعداد کل افراد سیگاری ۱/۳ میلیارد نفر می‌باشد، در حالی که انتظار می‌رود این آمار تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۶ میلیارد نفر برسد.

- در حدود ۲۲٪ زنان در کشورهای صنعتی سیگاری می‌باشند، در حالی که این آمار در کشورهای در حال توسعه ۹٪ می‌باشد.

پنج کشور پر مصرف سیگار در سال ۲۰۰۲	
چین	۲۱۷۲
هند	۴۸۱
آمریکا	۴۶۳
روسیه	۳۰۹
ژاپن	۱۶۹
اندونزی	۱۳۸

درصد افراد سیگاری بر اساس منطقه در سال ۱۹۹۹	
آمریکای شمالی	۴۱/۷٪
آمریکای شمالی و کارائیب	۸/۹٪
اروپای غربی	۹/۳٪
اروپای شرقی و مرکزی	۱۰/۸٪
آفریقا و خاورمیانه	۱۱/۸٪
آسیا	۵۴/۵٪

ادامه دارد.....

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ توسط مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی در رابطه با وضعیت استعمال دخانیات در میان دانشجویان دانشگاههای تهران انجام شد نشان می‌دهد که ۱۶/۴٪ دانشجویان سیگار مصرف می‌کنند. مصرف سیگار در دانشجویان پسر ۲۵/۴٪ و در دانشجویان دختر ۵/۱٪ می‌باشد. ۲۱/۸٪ دانشجویان پسر سال اول و ۲۸/۴٪ دانشجویان پسر سال آخر مصرف سیگار داشته‌اند که افزایش معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد ولیکن در دختران دانشجوی مصرف سیگار از ۲/۷٪ در سال اول به ۷/۸٪ در سال آخر می‌رسد که از نظر آماری تفاوت قابل توجه معنی‌داری را نشان می‌دهد. (۲)

مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۱ توسط مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی برای بررسی استعمال دخانیات در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انجام شده است نشان می‌دهد که ۲۸/۲٪ دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۸ سال مورد مطالعه به صورت گهگاهی سیگار مصرف می‌کنند. این رقم در دانش‌آموزان پسر ۳۰/۷۶٪ و در دانش‌آموزان دختر ۲۵/۴۶٪ می‌باشد. ۴/۲٪ دانش‌آموزان به شکل روزانه مصرف سیگار را ذکر نموده‌اند. این رقم در دانش‌آموزان پسر ۶٪ و در دانش‌آموزان دختر ۱٪ می‌باشد. (۳)

نتایج بدست آمده در بین اعضای سازمان نظام پزشکی ایران نشان می‌دهد که ۱۳/۱ درصد کل افراد مورد مطالعه سیگاری می‌باشند که این آمار تفاوت معنی‌داری با آمار مصرف سیگار در جامعه (۱۲/۵٪ در سال ۷۹) ندارد، ولیکن مصرف سیگار در ۱۹/۶ درصد مردان و ۵/۵ درصد زنان نشان‌دهنده تفاوت معنی‌داری با شیوع مصرف سیگار زنان در جامعه (۲۵/۲٪ مردان و ۲/۵٪ زنان در سال ۱۳۷۹) می‌باشد. در بین پزشکان عمومی ۱۶/۶٪، داروسازها ۱۲/۵٪، دندانپزشکان ۱۲/۵٪، متخصصان ۱۰/۶٪، پرستاران ۱۸/۲٪، ماماها ۱/۴٪ و سایر مشاغل ۴/۷٪ فرد سیگاری وجود دارد. شایع‌ترین سن شروع مصرف سیگار ۱۸ سالگی با ۳۱ درصد می‌باشد و میانگین سن شروع مصرف سیگار (۴SD)  $19.9 \pm 5$  که بیشترین سن شروع ۱۸ سالگی می‌باشد (۳۱٪) و فقط ۱۰/۵٪ افراد سیگاری قبل از ۱۵ سالگی شروع کرده‌اند. بیشترین تعداد سیگار مصرفی افراد سیگاری ۱۰ نخ در روز می‌باشد



countries will discuss about tobacco control programs.

## 2. Other information related to the collaboration between the centre and WHO

During the workshop entitled »training primary health care (PHC) service managers on strengthening PHC systems for treating tobacco dependence« which was held in TPCRC, we were hosting two guests from WHO: Dongbo Fu and Ronda Abu el Naga. These two WHO staffs were trainers for this workshop.

## 3. Collaboration with other WHO Collaborating Centres

- Since TPCRC is located in National Research Institute of Tuberculosis and Lung diseases, they have been collaborating hand in hand for years. NRITLD is a collaborating center for tuberculosis and lung diseases in EMRO and it is one of the most important hospitals and referral centers for patients with respiratory diseases in the region. NRITLD consist of ten research centers entitled Tobacco Prevention and Control Research Center, Mycobacteriology Research Center, Lung Transplantation Research Center, Telemedicine Research Center, Tracheal Disease Research Center, Chronic Respiratory Disease Research Center, Pediatric Respiratory Disease Research Center, Nursing and Respiratory Management Research Center, Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center and Virology Research Center.

- TPCRC has been collaborating with Isfahan Cardiovascular Research Center which is another collaborating center for research and training in cardiovascular diseases in EMRO. It controls, prevents and rehabilitates cardiac patients in Eastern Mediterranean region. These two centers have some meeting and design some joint projects including FCTC monitoring as national project. Regarding the

the Educational and research Programs these two collaborating centers have been trying to hold a two day workshop in Iran for all other 8 collaborating centers at the region in order to share their experiences.

Isfahan Cardiovascular Research Center and TPCRC carried out a research project about "Policy makers' viewpoints about implementation of the FCTC in Iran" in mid 2009.

مطالبی که در صفحات پیش رو می بینید گزارش سال ۲۰۱۰ میلادی می باشد که مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، جهت ارزیابی سالانه به دفتر سازمان بهداشت جهانی مستقر در قاهره ارسال می نماید. لازم دیدیم این فعالیت ها را نیز به اطلاع خوانندگان مجله کنترل دخانیات برسانیم.







### Sport Room

**Aim:** to introduce various healthy games, sports and recreational activities that can be helpful in avoiding smoking.

Since this room is the last one visited by children, we intend to leave strongly clear images in childrens minds. Hence, through a joyful decoration and painted walls which show playing children, we aim to attract their attention to the advantages of healthy life in comparison with harms of tobacco use-through playing some group games related to speed and attention.

### End of the Course

**Aim:** to establish some ways to keep in touch with children and invite them for future programs. Also we intend to be in contact with parents and cover families under preventive programs relevant to their children.

Finally, after a meal, we offer education packages (including preventive education on tobacco use in families, Health Cooperators brochures, games...) to children. Then after talking a group photograph, they are sent to their homes as our Health Cooperators.

### Activity 5: Support to Decrease Impact of Passivive Smoking for Children

To compare between the number of clinic visits of smoking and non-smoking families. Working for a substantial decrease in involuntary exposure to tobacco smoke in the Region, with a special focus on children.

- For supporting to decrease impact of passive smoking especially for children TPCRC collaborated with Tehran Municipality to provide public education programs to promote public knowledge about children's second hand smoking. These programs were through pamphlets which were given to people free of charge in Qeytarieh Park in Tehran's district no. 1. This park has become the first tobacco-free park in Iran and Middle East. The picture of these pamphlets is scanned as below:

- Holding stands in parks such as Qeytarieh Park in Tehran's district no. 1 which is the first tobacco-free park in Iran and Middle East

and also in crowded squares of Tehran on special occasions such as World No Tobacco Day, COPD World Day and Health World day and describing harmful effects of children's second hand smoking and giving people Second Hand Smoking pamphlets.

- Promoting public education through mass media, by having tobacco control programs and interviews on television, radio, newspapers and magazines. One of discussed issues in these programs was children's second hand smoking. These programs included individual and group therapies in different TPCRC's smoking cessation clinics and also quit-line. Therefore, after the quit the children of these families lived in smoke-free houses ever after and they had no exposure to tobacco smoke.

### Activity 6: Support to Capacity Building for Tobacco Control

Capacity building for Persian speaking and other interested countries on medical and public health aspects of Tobacco Control.

- A memorandum of understanding has been ratified between TPCRC and "Khane-Roshan" drug abuse cessation clinic in order to do jointly research projects, training courses and workshops for supplying theoretical and practical needs in health field and to overcome the social, economical and health problems related to tobacco smoking. This clinic is a private non-governmental center for substance abuse cessation and rehabilitation. Since tobacco smoking is an initiation for addicting to drugs, smoking cessation is highly concerned by this clinic, so it is going to collaborate with us.

- Running of the MPH course on Tobacco Control Management:

This MPH course has been run in the field of

- Educators: Regarding various programs, presently seven female educators are working at this center. All of these educators have bachelor degree in Psychology, Educational Sciences, Biology and Theater. We implement various programs to achieve the target of this center (Middle-school programs are a little different):

#### Entrance Environment

We have designed an environment which looks like a war-torn city by a tank-like maquette made from plastic foam and some other maquettes in form of cigarettes, which have been set as rockets, accompanied by appropriate light and sound.

Through a mutual dialogue, we show children that cigarette and water-pipe, like war, kill people and every day thousand of people die throughout the world because of tobacco use.

#### Theater Room

Aim: to familiarize children with causes of tobacco use in adolescents (especially inability to say No! against peer pressure and tobacco advertisements), physical and personality problems relates to smoking and difficulty of smoking cessation.

At present, a theater entitled Ability to say no to smoking is shown in this room, in which one of actors tries out a cigarette because of his curiosity, while his friends from it and says No to his curiosity. Afterwards, the future situation of these two friends will be shown.

#### Mystery Room

Aim: to acquire self-knowledge and perception of oneself as a valuable person. Children should take care of themselves against harms. In this room, through highlighting childrens abilities, we speak about their excusive individualities and preciousness of their personalities. We ask them to be careful about social harms by respecting themselves. Finally, some animation about harms of smoking are shown And at the end of each animation, children discuss what they have seen.

#### Knowledge Room

Aim: to learn about harmful materials in cigarette and water-pipe smoke as well as their long and short-time influences on tobacco users and people around one.

In this room, two types of personalities are shown: one of them in role of aware and healthy individual and another in role of a smoker. The healthy individual tries to enhance smokers knowledge about harms he/she imposes on him/herself and the other encourages him/her to quit smoking. The healthy person, with cooperation of children, gives information about harms of smoking and also does some experiments with special equipments to display influences of smoking on lung and body.

#### Story Room

Aim: to educate children on protecting themselves against cigarette and water-pipe smoke, training them to behave properly against tobacco users and encouraging them in prevention of smoking in community.

In this room there are two painted walls showing a comic-strip story about two friends in two different family types. One of these friends resists actively against tobacco use in her family, while her friend is timid and reacts passively against tobacco use. At the end, children are asked to discuss the story and outcomes of these two friends reactions.

#### Painting Room

Aim: manifestation of children's feelings and their attitudes toward tobacco use and also recognition of their thinking on this issue as well as using their creative minds in prevention of smoking in community.

In this room, we ask children to paint a picture including an ethical message on the basis of their information about smoking and also their own creativity and personal ideas.





the country e.g. Tehran, Shiraz, Isfahan, Yazd, Kermanshah and Mashad and also people in charge of tobacco control programs from MOH shared their experiences.

Finally, according to seven principal components for strengthening PHC system which were compiled by WHO, all the participants took part in group discussions and then discussed about strength and weak points, opportunities and threats for tobacco control in their cities.

Generally, it seems that holding these workshops at more advanced level is essential in order to promote tobacco control programs.

#### Activity 4: Implementation of Tobacco Related Research Projects

Implement educational programs on tobacco and to help promote awareness to prevent youth from starting smoking.

- Last year TPCRC approved many research projects. These projects are running and their list is as below:

1. Evaluation of Varenicline effect on smoking cessation result of participants in smoking cessation clinic
2. Evaluation of smoking pattern in mental disordered patients of Razi Hospital
3. Evaluation of smoking status and its role in starting substance abuse
4. Evaluation of smoking status in national professional sportsmen
5. Assessment of proper method for making a software to simulate a 3D lung
6. Evaluation of risk factors for non-communicable diseases in Tehran
7. Research project proposal of mental health and smoking among students
8. Evaluation of training life skills on prevention of smoking among high school students
9. Evaluation of merging smoking cessation in substance abuse treatment in drug rehabilitation centers of MOH

- During last year TPCRC has run some research projects. Some of them are done and they have become published articles and some of them are still undergoing.

- Collaboration with Iranian Anti Tobacco Association in providing educational materials such as pamphlets, booklets, posters etc. for training courses of primary school students:

Designation of special program for children and coordinating educational procedures with intelligent and perceptual capacities of children is a very important issue in order to take more effect from preventive methods and establish a smoke-free world. Thus, the Iranian Anti-Tobacco Association in partnership with TPCRC and the General Health Office of Tehran Municipality inaugurated the Center for Behavioral Skills Education, "The Clean Breath" (In Farsi: Nafase-e-Pak).

Programs of this center include direct and indirect educational activities for children in a joyful and attractive environment. Also the goals are as follows:

- Increasing childrens awareness about harms of smoking, harms to physical and mental health, social relation problems, economic loss for individual and community and harm to environment.

- Awareness about unreasonable beliefs on tobacco use and difficulty of quitting.

- Acquiring self-knowledge and applying behavioral skills against cravings for smoking.

- Training other family members and role playing as a small missionary on prevention of tobacco use in family and community.

#### Structure:

- Addressed community: The targeted community of this center is mainly school and pre-school children. But with respect to the importance of this issue among the mid teens and absence of such education at schools, we offer this program and education to middle-school children through some little changes in our programs and materials in order to make more changes in our facilities and programs.

- Number of participants: The maximum number of children participating in one course, regarding some restrictions such as number of rooms and quality of activities, is about 40.

- Duration of program: The time to be allocated for these programs with respect to the maximum number of children is 2.5 hours.



regular follow-up was conducted after quit day and some of them were selected randomly for confirming abstinence by CO Respiratory test.

**Results:** 480 cases entered in cessation programs. 80% of them were male. The mean age was 38.5 ± 7.9 years. 72.7% of participants were married. 75.2% of subjects were educated. 51.3% of cases had high nicotine dependency. 332 cases had brief advice to quit and 148 people continued to complete their course. 122 cases (82.4%) quit. The abstinence rate after 1, 3, 6 and 12 months was respectively 59 %, 41 %, 31 and 18%.

- Establishing new speaking phone line:

This phone line is the first and the only line which answers the phone calls automatically. The caller will get all the information related to tobacco smoking, smoking cessation methods and consuming nicotine replacement drugs. One of useful branches of this line is giving information about hookah. The number is +982127122050-3 and it works 24 hours a day.

- Holding and hosting a workshop entitled »training primary health care (PHC) service managers on strengthening PHC systems for treating tobacco dependence« in Tehran:

During December 2010 we held this training course in Tehran. There were about 20 participants in this program who were GPs, researchers and experts from MOH and different medical science universities. All the trainees were managers and undertakers of tobacco control programs. The program was organized by WHO-EMRO.

**Activity 3:** Implementation of Training Courses to Promote GPs Awareness on Tobacco Control

Arrange training workshops

- Collaboration in holding tobacco control CME courses in Iranian Medical Council Building:

These courses have been holding on the last Thursday of each month for the GPs to promote their awareness on tobacco control programs. Each session was a four-hour program and at the end certifications were given to the participants.

- TPCRC has run monthly smoking cessation training courses for the GPs and Interns in Tehran's the first Smoking Cessation Clinic.

- Holding and hosting a workshop entitled »training primary health care (PHC) service managers on strengthening PHC systems for treating tobacco dependence« in Tehran:

During December 12-14, 2010 TPCRC held this training course in Tehran. The trainers came from WHO including Dongbo Fu and Ronda Abu el Naga. There were about 20 participants in this program who were GPs, researchers and experts from MOH and different medical science universities. All the trainees were managers and undertakers of tobacco control programs.

The program was organized by WHO-EMRO. Participants from TPCRC were Dr. Gholamreza Heydari, Dr. Hooman Sharifi, Dr. Zahra Hessami, Dr. Mahshid Aryanpur and Dr. Shabnam Eslampanah. The objective of this program was training primary and essential strategies for merging smoking cessation program with health care system.

On the first day, a WHO representative in Iran and Dr. Masjedi deputy director for NRITLD emphasized on the necessity of holding such workshops. During the first two days, this workshop was held in Iranian Anti Tobacco Association and the venue for the last day was in TPCRC building which is a WHO collaborating center.

The subject of workshop on the first two days was »train-the-trainee« and the subject on the third day was »train-the-trainer«.

On the first day, Dr. Heydari from TPCRC presented a report on the activities of TPCRC's treatment department including quit-line, smoking cessation clinics and individual counselling for smoking cessation.

On the third day, different helpful methods for adults training were trained. Fifteen participants from WHO and MOH took part in this program.

In reviewing the status of Eastern Mediterranean countries considering the FCTC implementation, it was shown that Iran's status in this regard is almost desirable.

During this program, participants from all over



# Annual Report of TPCRC

## 1. Implementation of the work plan

### Activity 1: Support for Framework Convention on Tobacco Control

Developing guidance, ratification and implementation of the Framework Convention on Tobacco Control

- Participation in INB4 in March 2010 in Geneva:

TPCRC as an Iran's representative actively participated in this program. In this meeting Iran proudly won Orchid Award for bringing workable compromise on tracking and tracing to the floor.

- Participation in COP4 in November 2010 in Uruguay:

In this program more than 500 governmental and non-governmental representatives from FCTC member countries participated. TPCRC as Iran's representative was also among these participants.

- Participation in the meetings of Tobacco Control National Committee holding by MOH:

These meetings have been held every week to support the Framework Convention on Tobacco Control through developing guidelines, ratification and implementation of new laws.

- Monitoring the implementation process of National Comprehensive Tobacco Control Law in order to assess the procedure and then report it to the Ministry of Health.

- Participation in the work groups holding by MOH:

In these programs there were some work groups assessing and working on tobacco control affairs such as "illicit trade" and "pictorial health warning":

These meetings were held during February 2010 in Ministry of Health. The effect of inserting pictorial health warning on illicit trade was evaluated and weak points of this procedure were considered to eliminate.

### Activity 2: Implementation of Smoking Cessation Programs

Contribution to the development and monitoring

of the implementation of the Smoking Cessation Programs, with particular focus on the areas of smoking cessation, passive smoking, advocacy work and the role of health professionals in tobacco control.

- Just like previous years TPCRC was responsible to run smoking cessation programs in its smoking cessation clinics. Tehran's the first smoking cessation clinic (In Piruzi Street) runs smoking cessation courses through group therapy method which included four sessions. These courses were held by Dr. Zahra Hesami, Dr Shabnam Eslampanah and Dr. Mahshid Aryanpur. Another smoking cessation clinic which is located in National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (Masih Daneshvari Hospital) run individual therapy for the smokers. These services were provided two days a week on Saturdays and Mondays. The smokers were visited by Dr. Gholamreza Heydari and Dr. Hooman Sharifi. This clinic provides free services on Saturdays by giving Chantix to the patients.

The annual result of smoking cessation clinic in Piruzi Street is as below:

Total participants: 230 Number of Men: 196  
Number of Women: 34  
Successful Quit: 130 absent: 77 Reduced Consumption: 21

- TPCRC's quit-line was also active during last year. It has provided smoking cessation counseling weekdays from 8 a.m. to 14. This quit-line's counselor is Dr. Shabnam Eslampanah and the phone number is +982126109515.

Here it is a report on the "impact of quit-line for smokers in Iran; 12 months follow-up results":

**Methods:** 2 general practitioners were trained for consulting in quit line in Tehran mid 2005. The quit program was consisting of 4 sessions with 1 week interval. Our telephone counseling was both reactive and proactive in 8 AM till 5 PM during 2005 – 2008.

In reactive counseling, the smoker initiates, all calls and talks with counselor about specific issues of current concern. In proactive counseling, the counselor calls the smoker and provides counseling in a systematic manner. Smoking status was based on self-report and

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

<p>فرم نظرسنجی را به آدرس: تهران - ناوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تعلیمات پیشگیری و کنترل دختلیات پست نشانی: با به شماره ۳۶۱۰۹۵۰۸ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: <a href="http://www.ipcc.ac.ir">www.ipcc.ac.ir</a> ارسال نمایید.</p>	۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟	الف- تمام محتوا را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	ب- بر حسب نیاز به آن مراجعه می‌کنم <input type="checkbox"/>			
	ج- بطور اتفاقی آن را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	د- به هیچ وجه از آن استفاده نمی‌کنم <input type="checkbox"/>				
	۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟	الف- پژوهشی علمی <input type="checkbox"/>	ب- پژوهشی موردی <input type="checkbox"/>	ج- مطالعه عمومی <input type="checkbox"/>	د- مطالعه تخصصی <input type="checkbox"/>	
	۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	الف- خیلی زیاد <input type="checkbox"/>	ب- زیاد <input type="checkbox"/>	ج- کافی <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- خیلی کم <input type="checkbox"/>
	۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟	الف- عالی <input type="checkbox"/>	ب- خوب <input type="checkbox"/>	ج- مناسب <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- بسیار کم <input type="checkbox"/>
	۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟	الف- بسیار تخصصی <input type="checkbox"/>	ب- تخصصی <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- غیر علمی <input type="checkbox"/>	ه- بسیار پایین <input type="checkbox"/>
	۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟	الف- بسیار تخصصی <input type="checkbox"/>	ب- تخصصی <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- غیر علمی <input type="checkbox"/>	ه- بسیار پایین <input type="checkbox"/>
	۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
	۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
	۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
	۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
	۱۱- فاصله زمانی انتشار مجله (یکبار در ماه) چگونه است؟	الف- زیاد <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- کم <input type="checkbox"/>		
	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؟						

**پیشنهادها و انتقادات:**