

# کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور  
سال دوم شماره ۱ مهرماه ۱۳۸۹ - تیراژ ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال



مهرماه  
۱۴



سیگار کشنده است



المجلة الطبية  
الطبية

المجلة الطبية  
الطبية

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۳ مهر ۱۳۸۹

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۲۴/۳۶۲۲ 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 حدادی

هیات تحریریه

دکتر حبیب املی، دکتر مسلم بهادری،

دکتر علی رمضانتخانی، دکتر بابک شریف کاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریانپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی و مترجم

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

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

گرافیکست و صفحه آرا

فانزه صفراعی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بهایی

آدرس

تهران، نیلوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کد پستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۶۰۰۳ - ۲۶۱۰۶۵۱۵

E-mail: [info@tporc.ac.ir](mailto:info@tporc.ac.ir) Website: [www.tporc.ac.ir](http://www.tporc.ac.ir)

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تهران؛ 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
- ۹ بررسی مرگ و میر از دست دادن امید به زندگی ناشی از مصرف دخانیات طی مطالعه‌ای در چین  
زیر ذره‌بین
- ۱۳ یادداشتی از اعضای Framework Convention Alliance پیرامون قاچاق سیگار  
ما توانستیم، شما هم می‌توانید
- ۱۵ فعالیتهای مرکز  
جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید  
شرکت در سومین کارگاه مدیریت استراتژیک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۱۷ اخبار کشوری  
۸۰ میلیون سیگار دود شد  
دود تمام سیگارها به ماده رادیواکتیو آلوده است  
هشدارهای بهداشتی جدید روی پاکت سیگارها  
مصرف سیگار در دانشگاه‌ها ممنوع شد  
غیرمجاز شدن توزیع آدامس‌های با بسته‌بندی شبیه پاکت سیگار  
دود قلیان سلامت مردم را با خود برد  
نمای بالینی سرطان‌های دهان ناشی از مصرف دخانیات
- ۲۳ اخبار بین‌المللی  
روز ترک دخانیات در نخستین روز ماه رمضان  
اولین شهر بدون دخانیات در سری‌لانکا  
عکس یک میلیون دلاری  
کاهش حملات قلبی به دنبال قوانین ممنوعیت استعمال دخانیات  
سیگارهای نیوزلند بیشتر از سیگارهای استرالیا قطران وارد بدن می‌کنند  
مبارزه برای داشتن دنیای بدون دود  
فاجعه‌ای در حال وقوع است
- ۲۹ نشست با صاحب‌نظران  
دکتر بهروز باریک‌بین
- ۳۱ قانون جامع کنترل دخانیات
- ۳۳ مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات  
روشهای ترک سیگار در بیماران ربوی



# معرفی مرکز تحقیقات

پیشگیری و کنترل دخانیات

در پی تلاش ده ساله و مقارن با روز جهانی بدون دخانیات (۱۰ خرداد ۱۳۸۶) اولین مرکز تحقیقاتی در زمینه کنترل دخانیات توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شروع به کار نمود. پیشنهاد تشکیل این مرکز توسط واحد کنترل دخانیات مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی به دانشگاه متبوع ارائه شد. بعد از بررسی و تصویب در هیئت رئیسه دانشگاه مراتب به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت اعلان گردید که در این معاونت هم به تأیید رسید.

این مرکز توسط ۶ نفر عضو هیئت علمی دانشگاه تأسیس شده است و با همکاری ۵ پزشک و ۳ کارشناس در بیمارستان مسیح دانشوری تهران فعالیت می‌کند و دیدگاه آن ایجاد جامعه‌ای عاری از دخانیات می‌باشد. یکی از اهداف مرکز تبدیل شدن به قطب پژوهشی کنترل دخانیات در سطح منطقه و جهان می‌باشد. در همین راستا این مرکز از سال ۱۳۸۶ به عنوان مرکز همکاری‌های منطقه شرق مدیترانه (EMRO) شناخته شده است. همچنین این مرکز به انجمن‌های بین‌المللی کنترل دخانیات (FCA) پیوسته است. به لطف بیش از یک دهه تجربه خدمات درمانی ترک سیگار در قالب کلینیک‌های ترک سیگار و خط مشاوره تلفنی، ما آماده ارائه خدمات فوق به صورت رایگان می‌باشیم.

دیدگاه:

ما برآنیم که جامعه‌ای عاری از دخانیات داشته باشیم.

اهداف:

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



ابتدا قرار بود برای این چند در دوره سال دوم فعالیت و انتشار مجله بنویسیم که با همکاران مجله صحبت کردیم و من خواهم ۱۲ شماره بعدی مجله را در طرح من متفاوت و ساده تر با مضوای علمی بیشتر تهیه نمایم. بر آنیم تا تلاشمان را انجام دهیم و در این راه از پیشنهادات شما هم استقبال خواهیم کرد. اما جیف بود اگر به وقت مناسب برای ترک سیگار بعد از ماه مبارک رمضان اشاره ای نمی شد. ضمن آرزوی قبولی طاعات و عبادات روزه داران عزیز به آن دسته از افراد سیگاری که به جهت فرایض ماه مبارک الله و رفتن سیگار کشیدن شان تغییر کرده است توصیه می شود. بعد از این ماه تصمیم به ترک سیگار بگیرند. چرا که تجربه ما در کلینیک های ترک سیگار نشان می دهد که در این ایام موفقیت بیشتری حاصل می گردد. زیرا روزه داری باعث می شود ساعات و عادات سیگار کشیدن تغییر نماید و این همان کاری است که به طور معمول در دوره های درمانی کلینیک های ترک سیگار انجام می گیرد.

حالا که آنان فرایض دینی را انجام داده اند بایستن با این قصد که سلامتی را به خود و خانواده ارمغان دهند این مهم را غفلت نمایند. ان شاء الله ...

سر دبیر

## Smoking-attributable deaths and potential years of life lost from a large, representative study in China

Jingmei Jiang,<sup>1</sup> Boqi Liu,<sup>2</sup> Freddy Sitas,<sup>3</sup> Junyao Li,<sup>2</sup> Xianjia Zeng,<sup>1</sup> Wei Han,<sup>1</sup> Xiaonong Zou,<sup>2</sup> Yanping Wu,<sup>2</sup> Ping Zhao<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute of Basic Medical Sciences, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, China <sup>2</sup>The Cancer Institute/Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, China <sup>3</sup>Cancer Epidemiology Research Unit, The Cancer Council NSW, Australia

**Correspondence to:** Boqi Liu, National Cancer Institute, Chinese Academy of Medical Sciences, 17 Pan Ji Yuan Nan Li, Beijing (100021), China; wangbo@263.net

Received 20 April 2009  
Accepted 27 August 2009  
Published Online First  
10 September 2009

### ABSTRACT

**Objectives** To provide a more accurate estimate of early smoking-attributable mortality and potential years of life lost using data from a representative study of 103 study areas in China.

**Methods** Two datasets were employed as follows. Firstly, retrospective national mortality survey data, which included a population of 67 million in 103 study areas, and about 1 million adults who died in 1986–1988; secondly, nationally representative case-control comparative data was extracted from the survey data to measure the effect of smoking on age trends in smoking-attributable mortality. Potential years of life lost, and sex differences in life expectancy in smokers and non-smokers in the total population aged 25 and over were also estimated.

**Results** Tobacco caused 11.2% (16.0% of men and 3.7% of women) of total deaths in 1987, and more than two-thirds of these excess deaths occurred between the ages of 50 and 74 years, but only less than 5% excess deaths occurred at ages under 50. Although life expectancies varied with region or sex differences, the years of life lost attributable to smoking was almost the same. Smokers at age 35 lost about 3 years of life expectancy in comparison with never smokers. The study also confirmed that more than 50% of the sex difference in life expectancy was accounted for by smoking.

**Conclusion** Fully understanding the consequences of smoking in relation to mortality can clarify its effects on the health and longevity of the entire population.

### INTRODUCTION

One of the most important measures for ascertaining the impact of tobacco on a population is the estimation of the mortality attributable to its use. To measure this, a number of indirect methods of quantification are available, yet several limitations and questions regarding the procedures have been noted in the literature.<sup>1–4</sup> First, the calculations are based on relative risk of death for smokers and non-smokers obtained from a non-random sample of a given population, mainly derived from developed countries. Second, most studies concentrate on only the four most common smoking-related causes of death, but many persons die from other smoking-related diseases.<sup>5–8</sup> Third, the calculation of excess or smoking-attributable deaths alone do not measure potential years of life lost and life expectancy, estimates which can help guide policy makers in planning public health interventions.<sup>9</sup>

In this study, we employed and extended the method proposed by Rogers *et al.*,<sup>4</sup> which combines the influence of smoking prevalence and population

size on smoking-attributable mortality, to calculate excess deaths and potential years of life lost in Chinese adults as a result of smoking. We employed a national mortality survey dataset and national representative case-control comparative data, which were obtained from the same survey. We attempted to avoid some of the problems noted above by the following: (1) use of a representative national sample; (2) consideration of all causes of death rather than some specific causes; and (3) measurement of the effect of smoking on trends in death rates, potential years of life lost and on sex differences in life expectancy.

### METHODS

#### National mortality survey data and case-control comparative data

In 1989–1991, a nationwide retrospective mortality survey was conducted in China which involved 67 million of a population in 103 study areas (24 urban and 79 counties), and about 1 million adult deaths from all causes during the years 1986–1988.<sup>6</sup> We obtained information on the base population and nearly 90% of deceased subjects from the local Population Administrative Offices (PAO), which had the records of all residents (alive or dead) who lived in the study areas, and included name, sex and address, as well as other items of personal information. Data on cases were extracted from the PAO records and controls were from the population of surviving spouses who were identified from the deceased persons' addresses in the PAO dataset. Thus, in this design, all deceased persons were taken as cases and sex-matched surviving spouses of the deceased were taken as controls to assess smoking history and mortality risk. We assumed that sex matching essentially removes any shared environments between couples.

To obtain information on the smoking history of case and control populations, we interviewed informants (spouses or other relatives) of all deceased persons, according to the address provided by the PAO. The interviewees described their own smoking habits as well as those of their deceased family members. The data was used to determine whether people had ever smoked before 1990, a period of time prior to the onset of their disease.

Smoking status, the key predictor variable in this study, was defined as a binary variable (smoker and never smoker), because the proportion of former smokers in China was low.<sup>6,10,11</sup> A never smoker was defined as a person who had never smoked during his life or had only smoked infrequently at a young age.

## بررسی مرگ و میر از دست دادن امید به زندگی ناشی از مصرف دخانیات طی مطالعه‌ای در چین

ترجمه و نقد:

دکتر زهرا حیدری، فلانازیست  
برگرفته از:

bmj online journal  
Tobacco Control  
(2010) 19, 7-1



خلاصه: تأثیر مصرف سیگار در رابطه با مرگ و میر و اثرات سوء آن بر سلامتی و طول زندگی در جمعیت انسان‌ها کاملاً روشن است.

نقد و بررسی: بهتر است که در هر جامعه با توجه به تفاوت‌های ژنتیکی، عادت و روند زندگی همان جامعه اثرات مواد مختلف از جمله سیگار بررسی گردد.

بررسی‌ها در کشورهای مختلف می‌تواند به طور کلی اثرات سوء دخانیات را بر روی سلامت و طول عمر جمعیت جهان مشخص کند. اما میزان و نوع این اثرات ریز روی کیفیت زندگی و طول عمر افراد در جوامع مختلف مسلماً متفاوت خواهد بود. در جامعه ما که عمده مردم از نظر تغذیه‌ای و فرهنگی و بهداشتی در سطح مطلوبی نمی‌برند می‌باید اثرات این مواد را بر روی آنان در جامعه خودشان بررسی کنیم. این یک تحقیق گسترده جهت بررسی مرگ و میر و امید به زندگی در افراد و مقایسه آن با غیرسیگاری‌ها بر روی ۶۷ میلیون نفر در ۱۰۳ گروه مطالعاتی در حدود یک میلیون مرگ در افراد مسن در سالهای ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ در کشور چین می‌باشد. چین جمعیتی میلیاردها دارد و یافتن چند میلیون نفر برای تحقیقات کار دشواری نیست اما در دیگر کشورها مانند ایران کل جمعیت تقریباً مساوی جمعیت مورد تحقیق در چین است و یافتن این تعداد داوطلب امکان‌پذیر نمی‌باشد.

برای بررسی هر معضل اجتماعی و بهداشتی و ... باید چنین تحقیقاتی در اجتماعات مختلف انجام گیرد. با توجه به اینکه نژادهای مردم از هر نظر می‌توانند با هم متفاوت باشند علاوه بر تفاوت‌های ژنتیکی تفاوت‌های محیطی و آب و هوایی و فرهنگی، عادات تغذیه‌ای و حتی مذهبی همگی بر مقاومت افراد در برابر بیماری‌های مختلف تأثیرگذار است.

کشور ما و چین از بسیاری نظرات با هم متفاوت می‌باشند. چین از نژاد زرد و ایران از نژاد سفید که نتیجه آن تفاوت ژنتیکی است. تغذیه دو کشور متفاوت مانند نوشیدن مشروبات الکلی به صورت روزمره در چین و عدم استفاده از آن در ایران که یکی از تفاوت‌های نظریه می‌باشد. تفاوت‌های فرهنگی مانند سیگار کشیدن که در ایران برای خانم‌ها محدود

موضوع: ایجاد یک برآورد صحیح‌تر و دقیق‌تر از مرگ و میرهای زودرس ناشی از استعمال دخانیات و از دست دادن سال‌های زندگی با استفاده از اطلاعات به دست آمده از ۱۰۳ تحقیق منطقه‌ای در چین روش اجرا: دو گروه جهت پیگیری موارد زیر استخدام شدند

در گروه اول: اطلاعات مرگ و میرهای عادی گذشته که در جمعیتی ۶۷ میلیونی در ۱۳ حوزه مطالعاتی و مرگ یک میلیون از افراد مسن طی سالهای ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ بررسی می‌شد.

در گروه دوم: انتخاب یک گروه کنترلی و بررسی و مقایسه اطلاعات به دست آمده از میزان تأثیر دخانیات بر مرگ و میرها و تغییرات سنی در مرگ و میرهای ناشی از دخانیات، از دست دادن امید به زندگی و تفاوت جنسی در روند زندگی در سیگاری‌ها و غیرسیگاری‌ها در دو جنس مرد و زن در کل جمعیت ۲۵ ساله و بالاتر. نتایج: تنباکو باعث ۱۱/۲ درصد (۱۶٪ مردان و ۲۷٪ زنان) از کل مرگ و میرها در سال ۱۹۸۷ بوده است. بیشتر از دو سوم این موارد بین سنین ۵۰ و ۷۴ اتفاق افتاده است و فقط کمتر از ۵٪ زیر ۵۰ سالگی روی داده است.

گرچه روند زندگی با جنس و منطقه زندگی تغییر می‌کند. اما سالهای تلف شده در اثر مصرف دخانیات در همه یکسان بود. در مقایسه سنی، در سن ۲۵ سالگی عمر مفید افراد سیگاری در مقایسه با غیرسیگاری‌ها ۳ سال کمتر است. این مطالعه همچنین تأکید دارد بیش از ۵۰٪ از تفاوت امید به زندگی در دو جنس ناشی از استعمال دخانیات و سیگار می‌باشد.



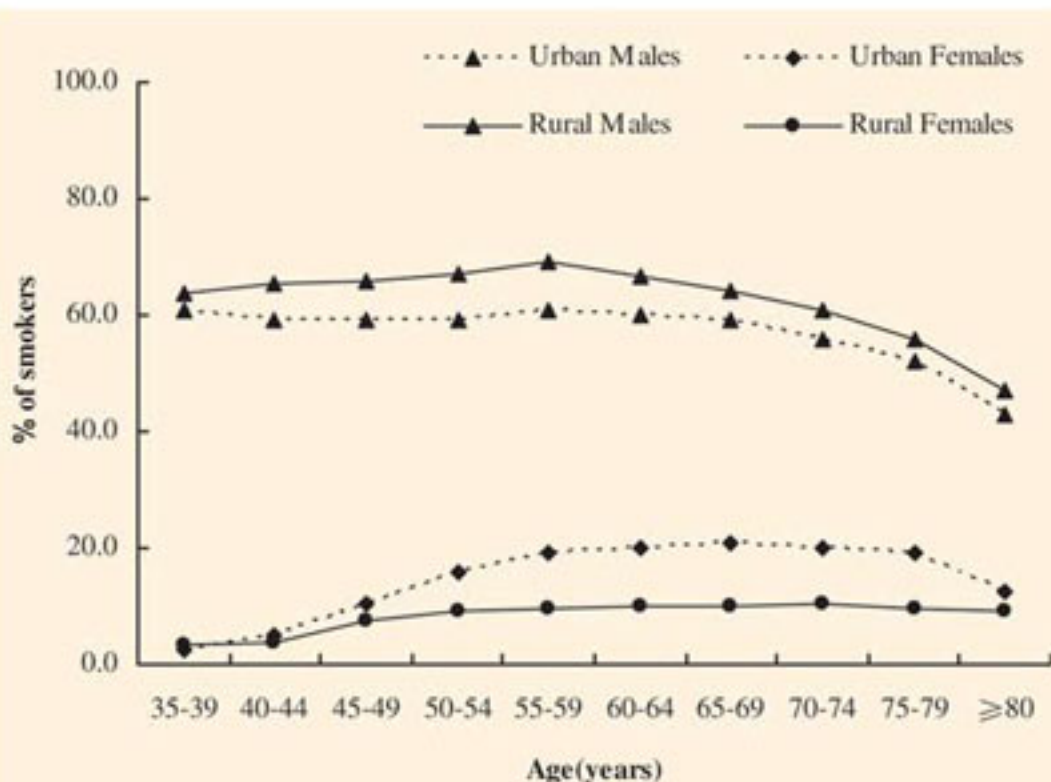
آن را در کشور خودمان انجام دهیم و آن نتایج را مورد عمل و بررسی قرار دهیم. هر چند که مضرات سیگار و دخانیات بر کسی پوشیده نیست اما این تحقیقات آمار دقیق تری از نوع و شیوع آن معضلات دارد و انتشار آن باعث ترغیب افراد سیگاری به ترک آن و برگشتن به زندگی سالم شود.

است. آب و هوا و محیط نیز تفاوت‌های فاحش دارد. بنابراین از نظر من، هر چند این تحقیق در سطح بسیار وسیع انجام شده و در نتیجه آمار قابل اعتمادتری را ارائه می‌نماید (البته برای چینی‌ها) اما براساس تفاوت‌های یاد شده این نتایج را نمی‌توانیم کاملاً در ایران وفق داده و پیاده کنیم، اما می‌توانیم از روش کار و چگونگی این تحقیق استفاده کنیم و

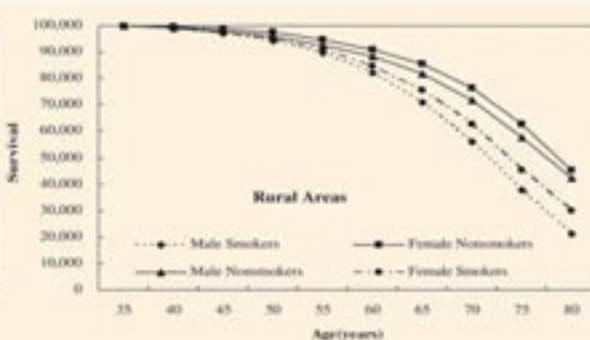
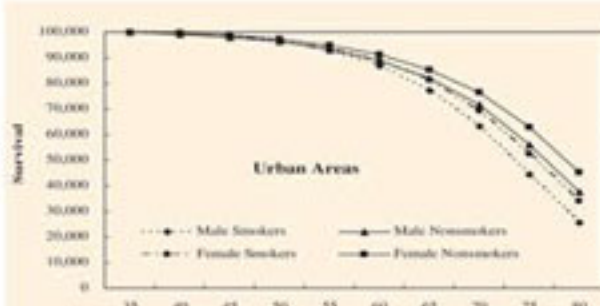
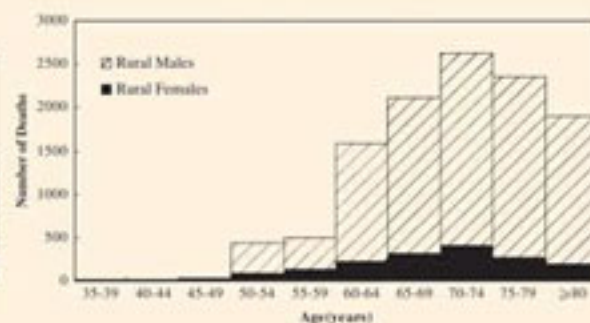
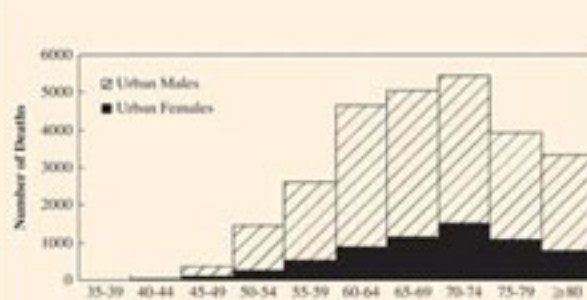
**Table 1** Number of deceased people and surviving spouses, and smoker to non-smoker mortality ratios for urban and rural Chinese aged 35 years and over

Categories	Deceased people n (% of smokers)	Surviving spouses n (% of smokers)	Adjusted risk ratios*	95% CI	Deaths attributed to smoking, %
Urban					
Males	401 050 (62.6)	71 316 (57.1)	1.26	1.24 to 1.28	15.9
Females	325 032 (21.9)	163 029 (17.6)	1.31	1.30 to 1.34	5.0
Rural					
Males	179 571 (66.1)	30 275 (64.0)	1.22	1.19 to 1.25	16.2
Females	144 151 (32.3)	43 222 (8.6)	1.32	1.27 to 1.38	3.2

\*Adjustment for age (5-year age groups) and the areas of residence.



**Figure 1** Smoking prevalence in 1990 among interviewees whose spouses had died in 1986–1988.



**Table 2** Female—male difference (years) in life expectancy at different ages, attributable and not attributable to smoking in 1987 in urban and rural areas

Categories	Life expectancy (years) at ages				
	35	45	55	65	75
<b>Urban</b>					
Difference in life expectancy	3.8	3.6	3.3	2.8	1.8
Smoking attributable	1.8	1.8	1.7	1.4	1.0
Not attributable to smoking	2.0	1.8	1.6	1.4	0.8
Percentage smoking attributable	47	50	52	50	56
<b>Rural</b>					
Difference in life expectancy	4.2	4.0	3.7	2.8	1.8
Smoking attributable	1.4	1.7	1.8	1.8	1.6
Not attributable to smoking	2.8	2.3	1.9	1.0	0.2
Percentage smoking attributable	33	43	49	64	89



اگرچه موضوع مورد بحث بیشتر چگونگی کنترل مصرف دخانیات و شمارش پاکت‌های مصرفی است و اینکه چگونه همکاری سازمان‌های دخانیات را جلب کنیم یا از آنها دوری کنیم. موضوع چگونگی فراهم آوردن فرآورده‌های دخانی و قرار دادن یا عدم مالیات بر سیگار و بررسی فروش قاچاق است.

نمایندگان کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات با سؤالات خود مجمع عمومی این معاهده حاضر می‌شوند و چه بسا بد نباشد که به تصویر بزرگتری نظر اندازیم. آنچه مسلم است مصرف قانونی دخانیات کشنده است. در خیابان‌های شهرهای ریو، منترال و کامپالا سیگار قاچاق ارزان قیمت به فروش می‌رسد و نوجوانان را در خطر گرایش به مصرف سیگار قرار می‌دهد. احتمال می‌رود که آنها طی ۳۰ تا ۴۰ سال دچار سرطان شده و از دنیا چشم ببندند و از خود خواهند پرسید چرا این اتفاق برای آنها رخ داده است. در این رشته کمک‌های مالی بسیار است که از مالیات‌ها حاصل می‌شود.

فرانسیس تامسون

اگر اکنون خیره پس کی؟

چند سال پیش، همکار نورولوژیستی از من پرسید کجا کار می‌کنم و در پاسخ گفتم کنترل دخانیات که بر خلاف معمول برای او تعجب‌آور نبود. او یادآور شد که هر چند گاهی در مطب با بیمارانی روبرو می‌شود که از سردرد شکایت دارند و تشخیص سرطان ریه و متاستاز به مغز می‌باشد آنها می‌پرسند که چرا این اتفاق برای آنها افتاده است.

هنگامی که با آمار گزارش شده در مجلات پزشکی که چشمگیر است روبرو می‌شوم بیاد این اشخاص می‌آیم. پنج میلیون شخص از ناراحتی مربوط به مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهند که حدود جمعیت کشور دانمارک می‌باشد در طول قرن ۲۱، تخمین زده می‌شود که یک میلیارد نفر جان خود را بر اثر مصرف دخانیات از دست خواهند داد که آمار عظیمی می‌باشد. در عین حال، بسیاری از آنها از خود خواهند پرسید که چرا این اتفاق برای آنها رخ داده است.

در این مبحث به مسائل مربوطه خواهیم پرداخت.

### تأثیر محدود کردن تجارت قاچاق سیگار در سطح جهانی بر سلامت و بازدهی

در ژوئن سال گذشته IUATLD گزارش داد که محدودیت سیگار قاچاق می‌تواند درآمد حاصل از مالیات را افزوده و زندگی افراد را نجات دهد.

گزارش فوق مورد حمایت ادارات بازرگانی قرار گرفت و نمایندگانی برای ارائه سخنرانی توسط آنها به شهر بروکسل دعوت شدند. این گزارش در مجله "Addiction" در مارس ۲۰۱۰ به چاپ رسید یافته‌های مهم عبارتند از:

قاچاق سیگار در کشورها از ۱٪ تا ۴۰-۵۰٪ بازار را احاطه کرده است که این رقم در سطح جهانی ۱۱/۶٪ در کشورهای کم درآمد ۱۶/۸٪ و ۹/۸٪ در کشورهای پردرآمد می‌باشد. درآمد از دست رفته سالانه ۴۰/۵

میلیارد دلار تخمین زده می‌شود که با قطع قاچاق دخانیات، دولت‌ها می‌توانند سالانه ۳۱/۳ میلیارد دلار کسب کرده و از سال ۲۰۳۰، بیش از ۱۶۴۰۰۰ مرگ زودرس قابل پیشگیری است که عموماً در کشورهای با درآمد متوسط و کم صورت می‌گیرد.

در صورت پیشگیری از قاچاق سیگار، قیمت‌ها ۴٪ افزایش یافته و مصرف ۲٪ کاهش می‌یابد. از سال ۲۰۳۰، در طی ۶ سال بیش از یک میلیون جان نجات داده خواهد شد.

حدود ۴۴٪ بازدهی از دست رفته (۱۷/۶ میلیارد دلار) در کشورهای پر درآمد و ۵۶٪ (۲۲/۹ میلیون دلار) در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد. محدودیت قاچاق سیگار قیمت‌ها را در هر دو مورد فوق ۲٪ افزایش می‌دهد.

عموماً میزان قاچاق در کشورهای که قیمت سیگار کمتر و مالیات کمتر است بیشتر می‌باشد. شرکت‌های دخانی خلاف این موضوع را مطرح کرده‌اند که در صورت افزایش مالیات قاچاق سیگار نیز بیشتر خواهد شد.

ولیکن مسائل دیگری نیز در قاچاق دخانیات مؤثرند که شامل آسانی قاچاق در کشور، همکاری تولیدکنندگان دخانیات، شبکه مجرمین سازمان یافته، احتمال دستگیری، مجازات‌ها و اختلالات سازمانی و غیره می‌باشند. در کشور نروژ که قیمت یک پاکت سیگار

مارلبورو ۱۲ دلار و بالاترین قیمت می‌باشد، تنها ۶٪ نمایندگان مجمع FCA در طی ۱۲ ماه گذشته متوجه گردش سیگار شده‌اند که قاچاق بوده است. در کشور لیتوانی که در ژانویه ۲۰۰۸ قیمت یک پاکت مارلبورو ۲ دلار بوده است ۳۶٪ متوجه مصرف سیگار شده‌اند. در واقع در نواحی که قیمت سیگار بالاتر است، قاچاق کمتر بوده که حاکی از دخالت عوامل دیگر در شیوع قاچاق دخانیات می‌باشد. لوک جوسنز

### دخانیات ارزان قیمت و قاچاق خطری برای نوجوانان

تحقیقات در شمال انگلستان نشان داده است که تجارت قاچاق دخانیات مصرف را بالا برده و نوجوانان و افراد کم درآمد را در خطر مصرف می‌گذارد. بیش از ۶۰۰ نفر از ساکنین نواحی مختلف کشور مصاحبه شدند، با این هدف که اطلاع بیشتری در زمینه‌های ذیل از آنها کسب شود:

- چرا سیگار قاچاق خریداری می‌شود؟
- افرادی که می‌توان آنها را تشویق به عدم خرید کالای قاچاق نمود که هستند؟
- چه افرادی احتمال بیشتر می‌رود فروش قاچاق را به مسئولین گزارش کنند؟
- اعتقاد غیرسیگاری‌ها در زمینه اثرات قاچاق سیگار بر جامعه چیست؟
- اطلاع و افکار نسبت به مراحل قانونی مقابله با قاچاق و نتایج دستگیر شدن چیست؟
- پیغامی که از خرید قاچاق کالا پیشگیری می‌کند و افراد و روش‌هایی که می‌توانند کارا تر باشند کدام‌ها هستند

یافته‌ها در زمینه مصرف کالای قاچاق

- کمی بیش از نیمی از غیرسیگاری‌ها (۵۴٪) از سیگار قاچاق ارزان قیمت خیر داشتند و ۱۳٪ کلیه غیرسیگاری‌ها در این زمینه اطلاعاتی شنیده بودند.
- حدوداً ۹ نفر از ۱۰ نفر (۸۷٪) معتقد بودند که سیگار قاچاق برای نوجوانان خطرناک است چراکه به سادگی و با قیمتی ارزان در دسترس است.

- مصرف سیگار عموماً کاهش یافته ولیکن در نوجوانان افزایشی دیده شده است که با وجود اقدامات مقابله با قاچاق سیگار بوده است. حدود ۱۴٪ افراد ۱۵-۱۴ سال و ۲۹٪ افراد ۱۶-۱۷ سال در حال حاضر سیگاری هستند

- سیگاری‌های جوان بیش از متوسط خریداران کالای قاچاق بودند.

- یک سوم سیگاری‌های بین ۱۴-۱۷ سال سیگار قاچاق خریداری کرده که نیمی از مصرف آنها را تشکیل می‌دهد.

یافته‌ها در زمینه افکار عمومی

- عموماً ۶ نفر از ۱۰ نفر (۵۷٪) از قاچاق سیگار ناراضی بودند، ولیکن در میان جوانان ۳۴٪ ناراضی بوده و ۸۴٪ افراد ۱۵-۱۴ ساله خریداری کننده معتقد بودند که سیگار قاچاق مرسوم است.

- حدود دو سوم (۶۳٪) از افراد معتقد بودند که سیگار قاچاق سبب افزایش جرم‌های دیگر می‌شود.

- کمی زیر یک سوم خریداران قاچاق معتقد بودند که ارتباط با جرم‌های سنگین وجود دارد، یک پنجم آن را مرتبط با آدم‌ربایی و ۱۷٪ با حمایت از تروریسم می‌دانستند.

یک چهارم پاسخ‌دهندگان قاچاق سیگار را گزارش می‌کردند و در صورت فروش به کودکان این تعداد به سه چهارم افزایش یافت.

### پیغام‌ها

پیغام‌ها دو گروه عمدتاً: در زمینه اثرات اجتماعی و خطرات به سلامتی، از نظر اجتماعی مسائل مورد نظر ترویج رفتارها اخلاقی و جرم می‌باشد از نظر سلامتی

خطرات فردی فیزیکی و شخصی مورد نظر است. نارضایتی با وجود مواد بد طعم در دخانیات قاچاق افزایش می‌یابد اگرچه در میزان خرید اثری ندارد. همکاری

پلیس، مسئولین تجارت و ادارات بهداشتی محلی توصیه می‌شود.

ایمان ونامور

## بهبود سلامت و بهداشت با افزایش مالیات بر دخانیات

افزایش مالیات بر دخانیات تا قیمت سیگار ۵٪ بالاتر از تورم باشد انتظار می‌رود موارد ذیل را سبب شود:

- کاهش ۱۹۰۰۰۰ نفر از تعداد سیگاری‌ها در انگلستان
- کاهش مخارج بهداشت ۳۰٪ دلار در سال با کاهش بیماری

- کاهش غیبت از کار به دلیل سیگار (۱۵ میلیون دلار) در سال
- افزایش درآمد دولت ۷۵۳ میلیون دلار در سال

انجمن‌ها و مراکز بهداشت انگلستان همواره دولت را تشویق به مالیات‌گذاری بر سیگار در سال جاری ۲۰۱۰ نموده‌اند. شرکت‌های دخانی افزایش مالیات را سبب افزایش قاچاق می‌دانند، اگرچه قاچاق به مسائل دیگر نیز ربط داده شده است مانند اختلالات اندری و حمایت از قاچاقچیان.

کشورهای دارای مالیات بالا و کم بر دخانیات هر دو دچار مشکلات قاچاق هستند و شرکت‌های دخانی قیمت سیگارها را جدا از مالیات افزایش داده‌اند.

فروش سیگار قاچاق در انگلستان کاهش یافته که در سال ۲۰۰۸/۲۰۰۷ حدود ۱۲٪ و در سال ۲۰۰۶/۲۰۰۷ حدود ۱۴٪ و در سال ۲۰۰۰ حدود ۲۱٪ بوده است که در یک دهه به بیش از نصف کاهش یافته است. مسئولین بهداشتی حمایت مالی FCTC جهت مبارزه با قاچاق دخانیات را تشویق کرده‌اند تا میزان قاچاق تا ۸۰٪ کاهش یابد.

مسئولین معتقدند که مصرف سیگار با اعتیاد در کودکی شروع می‌شود و با افزایش مالیات از خریداری سیگار کاسته می‌شود. به علاوه، آمار مرگ و میر کودکان (۱۰۰ طفل به دلیل مرگ ناگهانی) به دلیل مصرف سیگار مدران حامله و پدران یادآوری شد که اثرات مضر دخانیات فراموش نشود.

دیرا آرتنت

زمان منع فروش دخانیات از طریق اینترنت فرار سیده مشکل فوق جهانی بوده و نیاز به اقدامی جهانی دارد. عمدتاً هدف از تجارت فوق رهایی از مالیات می‌باشد. به علاوه، احتیاط‌های بهداشتی و بررسی کیفیت کالا و عدم

فروش به نوجوانان نیز نادیده گرفته می‌شوند. فروش سیگار از طریق اینترنت در بسیاری از کشورها شامل ایران ممنوع شده است. فروش توسط پست ادامه دارد و نیز امکان فروش تلفنی، با فاکس یا پیغام نیز هست.

راب کاتینگلم

قاچاق سیگار به اقتصاد کشور صدمه می‌زند در کشور توگو قاچاق سیگار میلیون‌ها دلار به اقتصاد کشور ضرر زده است. به دلیل تجارت قاچاق بین توگو و بنین بین سالهای ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷، ده میلیون دلار به دلیل عدم مالیات و گمرک ضرر ایجاد شده است.

تجارت قاچاق از طریق راه‌های آبی و مرزهای زمینی صورت می‌گیرد. بر خلاف قیمت بالای انتظار رفته برای

سیگار به دلیل مالیات و گمرک سنگین، قیمت سیگار در توگو ارزان می‌باشد.

تجارت قاچاق با همکاری شرکت‌های عرضه دخانیات بین‌المللی صورت می‌گیرد و سیگارهای خاص قاچاق می‌شوند و عدم کنترل بر قاچاق دخانیات وجود دارد. اطلاع‌رسانی در زمینه بهداشت به مردم و اقدامات جهت همکاری مأمورین گمرک، بین‌المللی و ردیابی سیگارها توصیه می‌شود.

ترینا تون

**شرکت‌های دخانی اخطار می‌دهند که افزایش مالیات قاچاق دخانیات را افزایش می‌دهد**

روزنامه‌های استرالیا از افزایش قاچاق سیگار با افزایش مالیات خبر می‌دهند حتی کارکنان هواپیمایی نیز سیگارهای خارجی را با خود به کشور وارد می‌کنند. فروش اینترنتی و حتی وارد کردن پنهانی سیگار در ظروف مواد غذایی صورت گرفته است. قاچاق محموله‌های بزرگ دخانیات نیز صورت گرفته که هر بار ۶-۴ میلیون دلار ضرر اقتصادی را ایجاد می‌کند.

شرکت‌های دخانی با افزایش مالیات نیز مخالفت کرده و نگران از قاچاق کالا و عدم کنترل کیفیت کالا می‌باشند ولیکن مسئولین دولتی معتقدند که افزایش مالیات قیمت‌ها را بالا برده و خرید سیگار را کم می‌کند و اصولاً مالیات بر دخانیات در استرالیا کم و حدود ۶۹٪ قیمت فروش کالا محسوب می‌شود. مسئولین کنترل دخانیات معتقدند که مالیات مسئول فروش قاچاق نبوده و همکاری بین‌المللی جهت کنترل قاچاق دخانیات مورد نیاز است.

**بلغارستان: راهی برای قاچاق سیگار بین اروپا و آسیا**

روزنامه‌نگاران و ادارات اطلاع‌رسانی اروپا سمیناری برگزار کردند که مسئله صادرات ۶۰٪ قانونی سیگارهای تولیدی بلغارستان به کشورهای همسایه و بازگشت غیرقانونی آن به داخل کشور را بررسی کند. مالیات در کشورهای همسایه کمتر است و بین

کشورها ویزای عبور مورد نیاز نیست. مشکل قاچاق با انتقال سیگار بین کشورها با چمدان‌های خود نیز معضل اقتصادی محسوب می‌شود. در سال ۲۰۰۹، بیش از ۷۴ میلیون سیگار قاچاق توسط گمرک بلغارستان کشف شد. قاچاق سیگار از جرایم خطرناک محسوب می‌شود.

**قاچاق سیگار و فعالیت‌های غیرقانونی در جنوب آفریقا**

قاچاق سیگار در آفریقا در اقتصاد کشورها، تشویق فعالیت‌های غیرقانونی و جنگ‌های اقتصادی مؤثر می‌باشد. کشور سودان یک میلیارد نخ سیگار سالانه مصرف می‌کند ولی ۳ میلیارد سیگار از مرزهای جنوبی وارد کشور می‌شوند و احتمال داده می‌شود که این دو میلیارد به صورت قاچاق به کشورهای همسایه تجارت می‌شود. مالیات در سودان از لوگاند کمتر است و عامل مؤثری محسوب می‌شود. ولیکن مسائل مرتبط دیگر شامل ضعف

انتظامات محلی و مرزی می‌باشد و حضور مسئولین نادرست. بسیاری از سیگارهای تجارت شده در جنوب سودان تحت مالیات قرار نمی‌گیرند ولیکن میزان مالیات نیز کم می‌باشد. به علاوه، تجارت قاچاق سازمان یافته در این کشورها وجود دارد و همکاری محلیان را نیز به همراه دارد. بسیاری از ناهکاران از این تجارت غیرقانونی سوء استفاده کرده و دست به جرایم دیگر می‌زنند. مسئولین از سوء استفاده قاچاقچیان از ضعف کشورهای کم درآمد در مقابل کالاهای قاچاقی ارزان قیمت اخطار می‌دهند.

### نواحی تجارت آزاد، نیاز به تقویت قوانین تجاری

نواحی تجارت آزاد از جمله مراکز افزایشدهنده تجارت قاچاق دخانیات می‌باشند. کالاهای دخانی و غیردخانی مخلوط شده و در نهایت توصیه می‌شود که کالاهای دخانی در این نواحی تجارت نشوند و قوانینی در این زمینه تنظیم شود.

**نواحی تجارت آزاد**

نواحی تجارت آزاد مناطق جغرافیایی در هر کشوری جهت پیشرفت اقتصادی انتخاب شده که مالیات و قوانین تجاری حداقل بوده تا شرکت‌ها تشویق به حضور در منطقه بشوند. در این نواحی احتمال عدم شرکت منصفانه و سوء استفاده وجود دارد.

## ما توانستیم شده‌ها هم می‌توانید



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

**ما توانستیم، شما هم می‌توانید!**

۱- لطفاً خودتان را معرفی کنید؟ به ما بگویید سیگار کشیدن را از چه زمانی شروع کردید؟  
رحمان بزاز رستگار هستم. چهل و هشت سال سن دارم. اولین بار برادر بزرگترم سیگار دستم داد چرا که او معتقد بود بهتر است هر کاری که می‌خواهی انجام بدهی جلوی چشم خودم باشد. در همان زمان یکی از صمیمی‌ترین دوستانم روش بلعیدن دود سیگار را به من یاد داد. البته ناگفته نماند که این دوستم خیلی زود به سمت اعتیاد و مواد مخدر گرایش پیدا کرد

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

از سال ۷۷ تاکنون در حدود ۵۵۰۰ نفر در این کلینیک ثبت‌نام کردند که از این تعداد حدود ۴۰۰۰ نفر دوره‌های ترک را آغاز نمودند خدمات ارائه شده در تمام این سالها رایگان بوده است. میانگین میزان موفقیت در دوره (کسانی که دوره را کامل به پایان رساندند) طی این سالها ۸۵٪ بوده و ۱۵ درصدشان کاهش مصرف داشتند. میانگین موفقیت در کل ۶۵٪ برآورد شده است. میزان موفقیت یک ساله در این کلینیک ۳۶ تا ۴۰ درصد می‌باشد که در مقایسه با آمار بسیاری از کلینیکها در سراسر جهان قابل قبول می‌باشد. در پایان هر دوره به افرادی که موفق به ترک سیگار

ولی خوشحالم که زودتر از من سیگار و اعتیادش را کنار گذاشته. من یک بچه سه ساله دارم. او یک روز از من سؤال کرد که بابا سیگار را چطور می‌کشند این حرف او زنگ خطری بود برای من به همین دلیل تصمیم به ترک سیگار گرفتم و الان خوشحال هستم که او دیگر حرفی از سیگار نمی‌زند.

## ۲- آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟

بله، به نظر من سیگاری‌ها بیشتر از غیرسیگاری‌ها از مضرات سیگار مطلع هستند و یکی از بدترین مضرات آن بوی بد دهان است که است هم برای خود فرد و هم برای اطرافیان بسیار آزاردهنده.

## ۳- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

خیلی از افراد تصور می‌کنند که سیگار کشیدن راحت بوده ولی ترک آن مشکل است، ولی به نظر من کسی که تصمیم به ترک گرفت نباید به پشت سر خود نگاه کند چرا که برای ترک کردن فردا دیر است. پزشک معالج اینجانب آقای دکتر حیدری بود که جا دارد در همین جا از زحمات ایشان تشکر نمایم. وقتی بنده با پرونده قطوری که داشتم به ایشان مراجعه کردم ایشان با گرمی بسیار با من برخورد نمود. این برخورد گرم و صمیمانه ایشان باعث شد که من در تصمیم خود مصمم‌تر شوم. وقتی من به ایشان گفتم که دیگر خسته شدم ایشان به من گفتند: بنشین و مرا توجیه کن!

## ۴- چطور شد که تصمیم گرفتید سیگار را ترک کنید؟

اولین انگیزه من فرزندم بود و انگیزه بعدی من خودم بودم چون دیگر خسته شده بودم. من قبل از ترک سیگار در هیچ جمعی بیشتر از ۱۰ دقیقه نمی‌توانستم تحمل کنم و ناچار بودم که جمع را ترک و به گوشه‌ای بروم و سیگار بکشم و این مسئله برایم بسیار سنگین بود.

## ۵- چه طور شد که با این مرکز آشنا شدید؟

بنده به خاطر بیماری سل در این مرکز بستری بودم که یک روانپزشک برای ویزیت من آمد. او از من سؤال کرد آیا فکر می‌کنی خوب می‌شوی؟ من یکی از زیباترین جملات که به فکرم رسید به کار بردم و به او گفتم: من به دنیا آمدم تا زندگی کنم و زندگی را دوست دارم. ایشان از این جواب من بسیار خوشحال شدند به همین دلیل رابطه بسیار قوی بین من و

ایشان به وجود آمد. بعد از تثبیت این رابطه ایشان جهت ترک سیگار مرا به دکتر حیدری معرفی کرد. ایشان پس از اطمینان از تصمیم من حدوداً دو ماه کامل شب و روز با من بود و من بعد از گذشت این دو ماه با کمک ایشان سیگار را ترک کردم.

## ۶- از خاطرات تلخ و شیرین خود برای ما بگویید؟

من یک کودک سه ساله دارم. یک روز در حالی که او در بغل من بود سعی می‌کردم هم سیگار بکشم و هم به باغچه آب بدهم ولی غافل از اینکه او کاملاً مسائل را درک می‌کند. چرا که او روزی با زبان بچه‌گانه خود به من گفت: 'بابا سیگار را چطور می‌کشند؟' من حرفی برای گفتن نداشتم و این جزء تلخ‌ترین خاطراتم بود. رضایت مادر و همسر و فرزندم جزء شیرین‌ترین خاطراتم می‌باشد.

## ۷- تصور کنیم که شما بیکار هستید و من به شما پیشنهاد کار در یک کارخانه تولید سیگار را می‌دهم آیا قبول می‌کنید؟

خیر. مگر اینکه خیلی مجبور شوم یا مشکلات زندگی خیلی فشار به من وارد نماید.

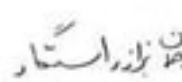
## ۸- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

بزرگان معتقدند با دوست بد نباید معاشرت کرد زیرا تأثیر منفی بر زندگی فرد می‌گذارد ولی من با این جمله بزرگان زیاد موافق نیستم و معتقدم تأثیر دوست خوب بیشتر از دوست بد است.



من در آن‌هم سُرهم سَرانم

دما من در سبک دانی هم چنین سنگین است.

هیچ چیز صبر من نیست. بجز مرگ.  با بزرگوار استوار

۸۹۰۵۰۳

حاج



از این طریق به ما پیوسته و با حرکتی نمادین موجبات تقویت این مبارزه را فراهم سازند. همچنین این مرکز بر حسب تجربیات بدست آمده آماده ارائه آموزش‌های مربوطه دربارہ اجرای این قانون و چگونگی برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف عاری بودن محیط از دخانیات می‌باشد.

تا کنون اسامی ذیل در این حرکت پیشرو بوده‌اند:

- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

- بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

- بیمارستان کسری

- منطقه پارس جنوبی

- شهرداری تهران

جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید:

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات که بر اساس برنامه استراتژیک خود و دیدگاه (برآنیم تا جامعه‌ای عاری از دخانیات داشته باشیم) در نظر دارد اتحادی تشکیل دهد و پدیده‌سبیل از کلیه ادارات، سازمان‌ها، مراکز و دفاتر مختلف دولتی و غیردولتی که با انگیزه ارتقاء سطح سلامت کارکنان و شهروندان در محیط خود خواستار اجرای قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی می‌باشند درخواست می‌کند تا با ارسال مشخصات و آدرس خود



## شرکت در سومین کارگاه مدیریت استراتژیک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سومین کارگاه مدیریت استراتژیک در روابط عمومی در تاریخ ۸۹/۵/۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار گردید. این کارگاه با حضور مسئولین روابط عمومی واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در محل تالار شهید بهشتی دانشگاه برگزار شد. این کارگاه در ادامه مطالب کارگاه قبلی برگزار گردید. استاد ذوالفقاری در رابطه با مهارت‌های عمومی، نگارش خبر، سبک‌های تنظیم خبر و نقش رسانه در جامعه، اطلاعات مفیدی ارائه کردند.

در پایان جلسه جناب آقای دکتر رزاقی ریاست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از کارگاه فوق دیدن فرمودند و با ایراد سخنرانی و تبریک به مناسبت روز خبرنگار ضمن یاد از خاطره شهدای

خبرنگار از برگزاری چنین دوره‌های آموزشی ابراز خوشنودی نموده و امیدواری خود را برای ارتقاء هر چه بیشتر سطح دانش خبرنگاران ابراز کردند. ایشان از خبرنگاران به عنوان بازوی سازمان یاد کرد و واقع‌گرا بودن مدیران را جزء اصلی‌ترین راه موفقیت یک خبرنگار دانست و مهمترین خصوصیت وی را صداقت و امانت‌داری در نقل اخبار عنوان کرد. او گفت: خبرنگار هنرمند خبرنگاری است که اخبار او در عین حال که با واقعیت همخوانی دارد باید طبعیات و عوارض جالبی کمتری در جامعه داشته باشد. او تأکید نمود اخبار باید صرفاً به خاطر رضای خداوند و متناسب با اهداف نظام جمهوری اسلامی باشد. در خاتمه بازدید جناب آقای دکتر رزاقی ریاست دانشگاه شهید بهشتی به تمامی مسئولین روابط عمومی دانشگاه هدایایی جهت یادبود تقدیم کردند.



## اخبار کشوری

### ۸۰ میلیون سیگار دود شد

افزود: مصرف سیگار به هر عنوان برای سلامتی مضر است اما سیگارهای قاچاق به خاطر نبود نظارت و کنترل به مراتب اثرات زیان‌بارتری به دنبال دارد.

میزان قاچاق سیگار با رشد بیش از ۱۷۳ درصدی از ۶۱۶۰ میلیارد نخ در سال ۱۳۸۷ به ۱۷/۷۳ میلیارد نخ در سال ۱۳۸۸ رسیده است.

همچنین اخیراً در راستای تشدید مبارزه با کالای دخانی در سطح خرده‌فروشی تعداد ۹۰۰ هزار نخ انواع سیگار قاچاق و ۲۰۸ هزار گرم انواع تنباکوی معسل از سطح استان تهران کشف و ضبط شده. ضمن اینکه در راستای پیشگیری و مبارزه با قاچاق کالا دخانی در سطح عرضه، فروش و عرضه کالای دخانی توسط دکه‌های مطبوعاتی ممنوع اعلام شده است.

در حالی ۸۰ میلیون نخ سیگار قاچاق روز سه‌شنبه ۱۹ مرداد ۸۹ در مراسمی با حضور مقامات کشوری و لشکری در تهران امحا شد که میزان ورود سیگار قاچاق به کشور رشد ۱۷۳ درصدی نشان می‌دهد.

به گزارش مهر، حسین طلا مدیرعامل شرکت دخانیات ایران در حاشیه این مراسم به خبرنگاران گفت: ارزش محموله ۸۰ میلیون نخ سیگار قاچاق که امروز در تهران امحا شده پنج میلیارد ریال بود.

وی با بیان اینکه میلیونها سیگار قاچاق دیگر در آینده امحا خواهد شد، سیگار قاچاق را هم از لحاظ سلامتی و بهداشتی و هم از لحاظ اقتصادی، مضر دانست و



## دود تمام سیگارها به ماده رادیواکتیو آلوده است

رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفت: دود تمام سیگارها پلوتونیوم ۲۱۰ را که یک ماده رادیواکتیو به شمار می‌آید، دارا است.

دکتر «غلامرضا حیدری» در حالی به آلوده بودن دود تمام سیگارها به ماده رادیواکتیو اذعان می‌دارد که چند روز پیش مسئول دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خبرنگار ایرنا گفت: «سیگارهای قاچاق» که به کشور وارد می‌شوند، به دلیل عدم بررسی آزمایش بر روی آنها به مواد رادیواکتیو ممکن است آلوده باشند.

بر اساس این گزارش، البته خانم محصلی اشارهای به آلوده بودن دود سیگار به ماده رادیواکتیو نکرده و احتمال آلوده بودن سیگارهای قاچاق به ماده رادیواکتیو را بیان داشت.

حیدری رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات به موضوع دیگری اشاره می‌کند که تمام سیگارها وقتی می‌سوزند رادیواکتیو ایجاد می‌کنند اما برخی سیگارهای قاچاق ممکن است دارای آلودگی مضاعفی به جز موضوع رادیواکتیو که همه آنها دارند، باشند.

حیدری در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا به اخبار منتشر شده در خصوص احتمال وجود اورانیوم ضعیف شده در یک سیگار معروف خارجی که گفته

## مصرف سیگار در دانشگاه‌ها ممنوع شد:

همصرف سیگار در دانشگاه‌های کشور ممنوع شد و براساس شیوه نامه جدید اجرایی انضباطی دانشجویان، استعمال دخانیات در دانشگاه به دو ترم محرومیت از تحصیل منجر می‌شود.

دکتر سیدمهدی طیبی تفرشی دبیر شورای مرکزی انضباطی دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفت‌وگو با مهر با اعلام این مطلب افزود: در شیوه نامه جدید اجرایی انضباطی دانشجویان استعمال دخانیات در دانشگاه و اماکن

می‌شود شرکت دخانیات ایران نمونه‌هایی از این برند معروف را به سازمان انرژی اتمی جهت آزمایش ارسال کرده، اشاره کرد.

حیدری احتمال وجود اورانیوم ضعیف شده در این سیگار را یک دعوا بین شرکت دخانیات و واردکنندگان سیگار بدون برچسب هشداردهنده سیگار عنوان کرد و گفت: هر دو طرف دعوا تلاش می‌کنند که طرف مقابل را در این جنگ تضعیف کنند تا محصول خود را به فروش برسانند.

وی گفت: عده‌ای از واردکنندگان سیگار بدون برچسب هشداردهنده، از یک سو شرکت دخانیات یا سیگارهایی را که مالیات آنها پرداخت می‌شود، متهم به پایین بودن کیفیت محصولشان می‌کنند و از سوی دیگر نیز شرکت دخانیات، معتقد است که سیگار قاچاق، آلوده به مواد خطرناکی از جمله رادیواکتیو است.

وی افزود: این در حالی است که براساس مطالعات جهانی، هر نوع سیگار با هر نوع برندی (علامت تجاری) در اثر سوختن، یک واکنش شیمیایی به نام «پیرولیزیس» به وجود می‌آورد که این واکنش، باعث می‌شود که همه مواد حاوی سیگار از جمله استنس‌ها در دمای بسیار بالایی با هم ترکیب شده و بر اثر این ترکیب مولکول‌های عجیب و غریبی از دود سیگار ایجاد می‌شود که یکی از آنها پلوتونیوم ۲۱۰ که سرطان‌زا است.

به گفته مسئولان، هر سال بین ۶۰ تا ۶۵ میلیارد نخ سیگار در کشور دود می‌شود.

مرتبط یعنی هر فضایی که به دانشجویان و دانشگاه مرتبط باشد، تخلف اخلاقی محسوب می‌شود.

وی اضافه کرد: در صورت ارتکاب دانشجویان به این تخلف، در مرحله اول، بندهای ۲ تا ۵ شیوه نامه اجرایی که از اخطار شفاهی تا درج در پرونده است اعمال می‌شود و در صورت تکرار، تا بند ۱۲ که در نهایت به دو ترم محرومیت (تعلیق) می‌انجامد، قابل تشدید است.

طیبی یادآور شد: البته تاکنون حکمی در این زمینه نداشته‌ایم که دانشجویان به طور عمدی بخواهند فضا را آلوده کنند و با اخطار شفاهی موضوع حل شده

تهران پرسشنامه‌ای را تکمیل کردند که نشان می‌دهد ۱۶۳ درصد آنها سیگاری هستند و از این تعداد ۲۵/۴ درصد مذکر و ۵ درصد مؤنث بوده‌اند. براساس دیگر نتایج این مطالعه، دانشجویان پسر به اندازه جامعه عمومی سیگار می‌کشند و دانشجویان دختر در مقایسه با آمار طرح سلامت نسبت به زنان جامعه عمومی بیشتر سیگار می‌کشند. همچنین با توجه به یافته‌ها مشخص شده است میزان استعمال دخانیات در دوره تحصیل دانشگاه به نحو معنی‌داری افزایش می‌یابد.

شکل بسته‌بندی و نام تجاری و اخذ مجوز از وزارت بهداشت اقدام شود.

گفتنی است اخیراً شاهد عرضه بسته‌های آدامس ریلکس به شکل پاکت‌های سیگار و با درج علامت تجاری کنت (از مارک‌های جهانی محصولات دخانی) در سطح بازار بودیم که با استناد به ماده ۳ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، هر نوع تبلیغ، حمایت، تشویق مستقیم و غیرمستقیم و یا تحریک افراد به استعمال دخانیات اکیدا ممنوع است. همچنین براساس ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی قانون مذکور، استفاده از نام و علامت تجاری شرکت‌های تولید کننده انواع فرآورده‌های دخانی بر روی دیگر کالاها که تبلیغ مصرف مواد دخانی محسوب می‌شود ممنوع است.

است. وی تأکید کرد: این شیوه برای تمامی دانشجویان دختر و پسر اجرا می‌شود و تفاوتی هم میان دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت یا علوم وجود ندارد.

براساس این تحقیق میزان مصرف سیگار در دانشجویان پسر ۲۵ درصد و در دانشجویان دختر ۶ درصد است. براساس نتایج این تحقیق، میزان مصرف سیگار در بین دانشجویان پزشکی نسبت به سایر رشته‌ها بیشتر است.

در مطالعه دیگری ۶۶ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های

غیرمجاز شدن توزیع آدامس‌های با بسته‌بندی شبیه پاکت سیگار

به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنه براساس اعلام اداره کل نظارت بر مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت و ابلاغ به معاونت‌های غذا و داروی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، تولید و ورود محصولات خوراکی و آشامیدنی از جمله آدامس، شکلات، آبنبات و ... که از نام‌های تجاری دخانیات استفاده می‌کنند و یا شکل بسته‌بندی آنها مشابه با پاکت سیگار بوده و اتقاء کننده مصرف دخانیات است، غیرمجاز است و باید در اسرع وقت نسبت به اصلاح



## دود قلیان سلامت مردم را با خود برد

جمع‌آوری قلیان‌ها از اماکن عمومی، موضوعی است که در قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات به آن تأکید شده اما با گذشت ۲۰ ماه از مصوبه کمیسیون اجتماعی دولت، همچنان وزارت بهداشت به عنوان ناظر و وزارت کشور به عنوان مجری در اجرای آن قانون سستی می‌کنند.

به گزارش خبرنگار مهر، بررسی‌ها و تحقیقات علمی نشان می‌دهد که مضرات و آسیب‌های قلیان به مراتب مخرب‌تر از مصرف سیگار است به طوری که دکتر محمدرضا نوروزی، عضو کمیته علمی سمینار سرطان کلیه گفته است: پیش‌زمینه ابتلا به سرطان کلیه مصرف تنباکو، دخانیات و قلیان است.

این در حالی است که کارشناس وقت دبیرخانه ستاد کشوری کنترل و مبارزه ملی با دخانیات گفته است که در اثر اهمال کاری‌ها و شیوع گسترده قلیان در بین ختلوانده‌ها و جوانان، محدودیت سنی و جغرافیایی مصرف این ماده دخانی در جامعه به کلی از بین رفته است.

به گفته این کارشناس مواد دخانی، یک وعده مصرف قلیان معادل مصرف ۸۰ تا ۱۰۰ نخ سیگار است و آنچه تحت عنوان قلیان‌های معطر مصرف می‌شود نیز همان مضرات قلیان معمولی را دارد. به علاوه اینکه ممکن است توتون‌های مصرفی در قلیان معطر توتون‌های کپک زده انتهای انبارها باشند که با افزودن مواد معطر فساد آنها پوشانده شده است.

کارشناس وقت مسئول ستاد کشوری کنترل و مبارزه ملی با دخانیات با اشاره به مصرف اشتراکی قلیان که می‌تواند منجر به افزایش احتمال ابتلا به میکروپ سل و ویروس‌هایی مانند تبخال و هپاتیت شود، گفت: توتون تنباکوی مورد استفاده برای مصرف قلیان حاوی میکروپ و قارچ است که این امر موجب ایجاد عفونت‌های حاد و مزمن در دستگاه تنفسی می‌شود.

آمارها نشان می‌دهد که شیوع سرطان ریه، آسم و بیماری‌های انسدادی ریه در افرادی که در معرض دود سیگار و یا قلیان قرار می‌گیرند نسبت به افرادی که اصلاً در معرض دود قرار ندارند بیشتر است.

پس از تصویب قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با

دخانیات و ابلاغ آن در شهریور ۱۳۸۵ تا امروز، اقدامات قابل توجهی در این زمینه انجام نشده است. به طوری که در مدت زمان کوتاهی موضوع جمع‌آوری قلیان‌ها از اماکن عمومی در دستور کار وزارت کشور و نیروی انتظامی قرار گرفت اما به دنبال اعتراض صنف قهوه‌خانه داران شهر تبریز، این موضوع به دستور رئیس جمهور مسکوت ماند.

بعد از گذشت مدتی، موضوع جمع‌آوری قلیان‌ها از اماکن عمومی در کمیسیون اجتماعی دولت بررسی و قرار شد بار دیگر این موضوع در دستور کار قرار بگیرد اما تا امروز این بند از قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، همچنان کم‌ان‌یکن باقی مانده و مسئولان وزارت بهداشت هم عکس‌العملی نشان نمی‌دهند و تنها به توصیه‌های بهداشتی و فرهنگی بسنده می‌کنند و اینکه مصرف قلیان ضرر دارد و خانواده‌ها نباید به عنوان تفریح به قلیان نگاه کنند.

اوائل امسال بود که دکتر حسن املی رضوی، معاون درمان وزارت بهداشت در کنفرانس خبری و در پاسخ به سؤال خبرنگار مهر مبنی بر اینکه چرا جمع‌آوری قلیان‌ها جدی گرفته نمی‌شود، گفت که وزارت کشور امتناع می‌کند.

اجرای طرح جمع‌آوری قلیان‌ها از سطح سفروخانه‌ها و قهوه‌خانه‌ها در سال ۸۶ آغاز شد که به دنبال اعتراض صنوف مربوطه این طرح با تصمیم رئیس جمهور متوقف شد. اما با گذشت حدود ۲۰ ماه از مصوبه کمیسیون اجتماعی دولت برای جمع‌آوری مجدد قلیان‌ها، هیچ اقدامی دیده نمی‌شود.

دکتر اکبر رنجبرزاده، عضو فراکسیون مبارزه با دخانیات مجلس در پاسخ به سؤال خبرنگار مهر مبنی بر اینکه چرا قانون جمع‌آوری قلیان‌ها اجرا نمی‌شود، گفت: متأسفانه برخی دستگاه‌ها از قانون تبعیت نمی‌کنند. وقتی وزیر بهداشت دستور می‌دهد که این قانون باید اجرا شود، حتماً باید عملیاتی شود ولی بخش دیگری از این دستور تبعیت نمی‌کند و علت آن هم مشخص نیست.

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با قبول این موضوع که قانون مذکور به درستی اجرا نمی‌شود، افزود: همه دولت باید تبعیت محض از تصمیمات

کارشناسی شده داشته باشند وی به برگزاری جلساتی با حضور وزیرای بهداشت، بازرگانی، صنایع و کشور در مجلس اشاره کرد و گفت: در این جلسات پارها بر سر این موضوع صحبت شد اما نمی‌دانیم چرا در اجرا دچار مشکل است.

پشیر خالقی، یکی دیگر از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نیز در پاسخ به سؤال خبرنگار مهر گفت: متأسفانه موضوع را سیاسی کرده‌اند. وی با عنوان این مطلب که دیده شدن قانون ضمانت اجرایی می‌خواهد، افزود: در مجلس هفتم طرحی آورده بودند

که این قانون را حذف کنند و امروز می‌بینیم که قانون مبارزه با دخانیات ضمانت اجرایی ندارد. پیش از این قلیان در بین سنین بالا و بیشتر در مردان و در محدوده جغرافیایی جنوب کشور رواج داشت ولی در سالیان اخیر مصرف این ماده دخانی بین خانواده‌ها و جوانان سراسر کشور گسترش چشمگیر و هشداردهنده‌ای یافته است. متأسفانه مصرف قلیان در مراکز تفریحی جنبه تفریحی و تفتنی یافته و گاهی برای نشان دادن میزان صمیمیت بین افراد خانواده دست به دست بین تمامی اعضاء فامیل می‌چرخد و مصرف می‌شود.

## نمای بالینی سرطان‌های دهان ناشی از مصرف دخانیات

نویسنده: دکتر نوشین جلاپرنادری

استادیار - متخصص آسیب شناسی فک و دهان - بخش آسیب شناسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد

نمای بالینی سرطان‌های دهان و ضایعات پیش سرطانی ناشی از مصرف دخانیات بسیار متنوع و متفاوت است. آشنایی بیماران با این تغییرات سبب مراجعه سریعتر ایشان خواهد شد. نمای بالینی این ضایعات به اشکال زیر قابل طبقه‌بندی است:

### لکوپلاکیا

به شکل یک پلاک سفید رنگ بر روی مخاط ایجاد می‌شود. این واژه بیانگر نمای بالینی ضایعه است و نمای هیستوپاتولوژیک را مشخص نمی‌کند، بنابراین ممکن است از یک افزایش کراتین بر سطح مخاط تا تغییرات بدخیمی متفاوت باشد. لکوپلاکیا را یک ضایعه پیش بدخیم در نظر می‌گیرند. در مراحل اولیه معمولاً به صورت پلاک‌های خاکستری با اندکی برآمدگی است و ممکن است سطحی شفاف داشته باشد. در صورت عدم توقف استعمال سیگار، ضایعه از اطراف پیشرفت می‌کند و ضخیم‌تر خواهد شد. لکوپلاکیا ممکن است بدون تغییر در نمای بالینی، دچار تغییرات دیسپلاستیک و یا بدخیمی شود. در صورت استقلال از دخانیات احتمال بروز بدخیمی در این ضایعه ۱۶٪ بیشتر می‌شود (۵).

### اریتروپلاکیا

اریتروپلاکیا معمولاً بدون علامت است و در مردان مسنی که سیگار می‌کشند، ایجاد می‌شود. ضایعات اریتروپلاکیا در کف دهان، سطوح جانبی و پشتی زبان، کلام نرم و مخاط باکال ایجاد می‌شوند (۵).

در این حالت بر روی سطح برخی از ضایعات لکوپلاکیا

تنباکو به اشکال تدخینی و غیرتدخینی سبب بروز عوارض مختلفی همچون سرطان و ضایعات پیش سرطانی در دهان می‌شود. در نوع غیرتدخینی، تنباکوی جویدنی و اسناف و در شکل تدخینی کشیدن سیگار مسئول بروز این عوارض می‌باشند. اسناف با ایجاد سرطان‌های گونه، لته و حلق مرتبط است (۱).

علاوه بر سرطان، تنباکو و کشیدن سیگار، با عوارض جانبی نامناسبی در حفره دهان مرتبط هستند (۲).

Tobacco-specific N-nitrosamine,  
N'-nitrosornicotine و  
4(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-  
butanone (NNK)

مهمترین کارسینوژن‌های ایجاد سرطان در تنباکوی غیرتدخینی می‌باشند (۱).

مطالعه Wen و همکاران در تایوان نشان داده است که جویدن تنباکو و کشیدن سیگار تماماً اثری سینرژیک دارد و سبب بروز نیمی از مرگ‌های ناشی از سرطان در این بررسی بوده است. طبق یافته‌های مطالعه، این عادت سبب کوتاه شدن حدود ۶ سال از عمر بیماران شده بود (۳).

بر حسب نمای بالینی، ضایعه ممکن است به رنگ سفید تا قرمز دیده شود و در سطح زخمی باشد با تخریب استخوان فک ضایعه ممکن است دردناک شود. کارسینوم لب غالباً در محل قرار دادن سیگار یا پیپ ایجاد می‌گردد و معمولاً در لب پایین دیده می‌شود. متاستاز یکی از عوارض بالقوه کارسینوم سلول سنگفرشی است. (۴)

در گیر شدن استخوان فک غالباً با لق شدن دندان‌ها و درگیر شدن عصب فک پایین با پاراستزی لب پایین همراه است. (۵)

#### وروکو کارسینوما

نوعی کارسینوم سلول سنگفرشی با درجه بدخیمی پایین است. اولین بار در ارتباط با مصرف تنباکو گزارش شده معمولاً در مخاط باکال و کام سخت ایجاد می‌شود. محل وقوع ضایعه به محل قرار گرفتن عادت تنباکو وابسته است. (۴)

عمدتاً در مردان مسن روی می‌دهد و غالباً با درگیر شدن لثه، مخاط باکال و گونه همراه است. (۵) وروکو کارسینوما به شکل یک پلاک ضخیم بدون درد با سطح پاپیلاری دیده می‌شود و بر حسب میزان تولید کراتین و میزان التهاب، رنگ آن از سفید تا قرمز متغیر است. (۴)

#### منابع

- Hoffmann D, Djordjevic MV. Chemical composition and carcinogenicity of smokeless tobacco. *Adv Dent Res* 1997 Sep; 11(3):322-9.
- Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Peidr6 EC, Freshaw PM, Walter C, Wennstr6m JL, Bergstr6m J. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 2010 Feb; 60(1):7-30.
- Cancer risks from betel quid chewing beyond oral cancer: a multiple-site Carcinogen when acting with smoking. Wen CP, Tsai MK, Chung WS, Hsu HL, Chang YC, Chan HT, Chiang FH, Cheng TY, Tsai SP. *Cancer Causes Control* 2010 May 11. [Epub ahead of print]
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology* 2th ed. Philadelphia, Saunders 2002:337-969.
- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary oral and maxillofacial pathology*. St.Louis, Mosby Co. 1997:164-183.

ممکن است تکه‌های قرمز رنگی ایجاد شود که نشان دهنده از دست رفتن بلوغ طبیعی سلول‌ها است. در این موارد احتمال بروز بدخیمی بیشتر خواهد بود. (۴) **گراتوز ناشی از مصرف دخانیات**

این ضایعه در اثر جویدن یا قرار دادن عادت تنباکو در وستیبول ایجاد می‌شود. در اثر قرار گرفتن تنباکو در این ناحیه، یک پلاک خاکستری یا خاکستری - سفید رنگ شفاف و نازک در محل ایجاد می‌شود. برخی موارد ضایعه به سمت ضخیم شدن و بروز نمای ندولار پیشرفت می‌کند. از دست رفتن بدون درد لثه و بافت پرودنتال از عوارض این عادت است. پوسیدگی دندان، لکه‌های تیره بر روی مینا و بوی بد دهان از علایم دیگر این وضعیت است. (۴)

#### فیبروز تحت مخاطی دهان

یک وضعیت پیش بدخیم است که با قرار دادن طولانی مدت بتل کوید در دهان ایجاد می‌شود. (۴) آتروفی اپی‌تلیوم سبب احتمال بروز ضایعات بدخیم در این بیماران در مقایسه با اپی‌تلیوم طبیعی می‌باشد. مخاط دهان در ناحیه گونه، لب و کام نرم مبتلا به ضایعه می‌شوند. (۵)

این ضایعه غالباً با درد همراه است و بیمار توانایی باز کردن دهان را ندارد. حس سوزش و خشکی دهان از اولین علایم بیماری است. ضایعه از ایجاد بافت فیبروآلاستیک در بافت همبند ناشی می‌شود. این حالت سبب سخت شدن بافت دهان می‌گردد به طوری که تشکیل بافت فیبروزه در مخاط قابل لمس است. (۴)

#### کارسینوم سلول سنگفرشی

#### (اسکواموس سل کارسینوما)

کارسینوم سلول سنگفرشی توموری بدخیم با منشأ سلول‌های سنگفرشی اپی‌تلیوم است. میزان بروز آن در افراد سیگاری دو تا سه برابر جمعیت عمومی است. (۴) ۸ تا ۱۰ بیمار مبتلا به این سرطان، به مدت طولانی مصرف‌کننده دخانیات بوده‌اند. (۵)

اشکال بالینی این تومور متفاوت است و ممکن است به صورت برآمده یا اگزوفیتیک، فرورفته یا اندوفیتیک، لکوپلاکیا یا اریثروپلاکیا دیده شود. (۴)

در ابتدا ضایعه ممکن است به صورت یک زخم بدون درد یا توده‌ای تومورال دیده شود. به مرور با تهاجم به بافت‌های زیرین ضایعه سفت شده و تحرک خود را از دست می‌دهد. (۵)



## اخبار بین الملل

و مسئولیت‌پذیری بوده که طی ساعات روزه‌داری می‌توان عادات ناپسند را نیز کنار گذاشت. یکی از این عادات استعمال دخانیات است.

استعمال دخانیات نه تنها از طول عمر فرد سیگاری می‌کاهد بلکه بر کیفیت زندگی فرد در طول حیاتش نیز تأثیر منفی می‌گذارد. به گفته دکتر سلیمان حق، جوانان به ندرت به ترک سیگار می‌اندیشند. افرادی که پس از سن چهل سالگی به مصرف سیگار ادامه دهند، به ازای هر یک سال مصرف سیگار، سه ماه از عمرشان را از دست می‌دهند. دکتر علی زبیری نیز در این خصوص ابراز داشت، روزانه ۵۰۰۰ فرد سیگاریدر بیمارستان‌ها بستری و درمان می‌شوند و بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر سالانه به علت بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات در پاکستان جان خود را از دست می‌دهند. برای مبارزه با این روند اقدامات جدی الزامی است.

بزرگداشت روز ترک دخانیات که در اولین روز ماه مبارک رمضان برگزار گردید حاصل تلاش اتحادیه کشوری کنترل دخانیات پاکستان با همکاری انجمن ریه پاکستان، دانشگاه آقاخان، سازمان بهداشت جهانی، نظام پزشکی پاکستان، انجمن پزشکی اسلامی پاکستان و مدرسه قرآنی کراچی بوده است.

Dr. Javaid Khan  
Khanj@globalink.org

### روز ترک دخانیات در نخستین روز ماه رمضان

دکتر جاوید خان رئیس اتحادیه کشوری کنترل دخانیات پاکستان (NATC) و رئیس بخش بیماری‌های ریوی بیمارستان وابسته به دانشگاه آقاخان (AKUH) طی سخنرانی در سمینار این دانشگاه در سوم آگوست ۲۰۱۰، مردم را به ترک سیگار در اولین روز ماه مبارک تشویق نمود. کشور پاکستان اولین روز ماه رمضان امسال را با عنوان «روز ترک دخانیات» نامگذاری کرد. نیکوتین موجود در دخانیات تأثیر مستقیمی بر واکنش‌های شیمیایی بدن داشته که احساسات و رفتارهای انسان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. دکتر جاوید در این سمینار گفت: قبل از ماه مبارک رمضان به بهترین نحو سعی در ترک سیگار نمایید تا بتوانید بر علایم محرومیت از نیکوتین غلبه کنید، زیرا ماه رمضان زمان مناسبی برای ترک سیگار می‌باشد. اکثر افراد سیگاری بلافاصله بعد از افطار یک سیگار روشن می‌کنند و برخی بعد از گذشت چند دقیقه و صرف افطاری سیگارشان را مصرف می‌کنند. برای جلوگیری از این امر چه باید کرد؟

مصرف سیگار در زمان حضرت محمد (ص) وجود نداشت اما طبق اصول اولیه دین اسلام مفتی‌های مسلمان در سراسر دنیا شدیداً آن را منع می‌کنند. یکی از مزایای مهم روزه‌داری بوجود آمدن حس نظم

### عکس یک میلیون دلاری

ایتالیا برگزار گردید برنده یک میلیون دلار شد. لطفا نگاه دقیق‌تری به عکس بیندازید.

خالق این اثر در مسابقه استعدادهای ون گوگی که در



## اولین شهر بدون دخانیات در سری لانکا

سه ورودی اصلی شهر واقع شده‌اند و زیر نظر پلیس با تأیید شهرداری و مقامات راهداری می‌باشند. لوگوی معاهده جهانی کنترل دخانیات (FCA) در پایین سمت چپ این بیلبوردها نشانگر جامعه مدنی می‌باشند. ترجمه متن نوشته شده بر روی این بیلبوردها عبارتست از:

«شهر Kandy که محل نگهداری دندان مقدس بودا می‌باشد به یک شهر عاری از دخانیات تبدیل شده است. در این شهر از استعمال دخانیات خودداری کنید. رئیس پلیس استان مرکزی، شورای شهرداری و مسئول راهداری»

*Olcott Gunasekera* به نقل از

رئیس انجمن ملی دخانیات و سلامت سری لانکا

Kandy Sacred اولین شهری است که در کشور سری لانکا به عنوان شهری عاری از دخانیات مطرح گردید. این رویداد در شانزدهم آگوست ۲۰۱۰ با پرده‌برداری از بیلبوردهای دیجیتال در سطح شهر اعلام شد. از این تاریخ به بعد هزاران نفر برای تماشای مراسم سالانه به این شهر سرازیر می‌شوند. در این مراسم سی تا پنجاه فیل تزئین شده به همراه طپال‌های سنتی در حالیکه دندان مقدس بودا را حمل می‌کنند در خیابان‌های شهر رژه می‌روند. سه بیلبرد حاوی این پیام در سه ورودی اصلی شهر واقع شده‌اند و زیر نظر پلیس با تأیید



## کاهش حملات قلبی به دنبال قوانین ممنوعیت استعمال دخانیات

انستیتو پزشکی ایالات متحده آمریکا طی گزارش جدیدی اعلام کرده است که اعمال قوانین ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و محل‌های کاری باعث کاهش موارد حملات قلبی و نجات جان بسیاری از افراد گردیده است. این گزارش تأیید می‌کند که شواهد علمی معتبری وجود دارد دال بر اینکه دود تحمیلی سیگار باعث بروز بیماری قلبی شده و حتی استنشاق مقدار اندکی از دود تحمیلی می‌تواند موجب بروز حملات قلبی گردد.

مطالعات گوناگون بطور مداوم نشان می‌دهند که مجاورت با دود تحمیلی سیگار احتمال بروز بیماریهای قلبی را افزایش می‌دهد. هر چه میزان مواجهه با دود تحمیلی سیگار بیشتر باشد، خطر بروز بیماریهای قلبی نیز افزایش می‌یابد.

شواهد معتبری نشان می‌دهند که حتی میزان مواجهه اندکی با این دود نیز می‌تواند وقوع حمله قلبی را

تسریع بخشد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استنشاق دود تحمیلی سیگار تأثیر منفی بر سیستم قلبی عروقی دارد، به عنوان مثال افزایش خون لختگی و مسدود شدن عروق که خطر بروز حمله قلبی را افزایش می‌دهند.

تاکنون تمامی مطالعات انجام شده بر ممنوعیت مصرف سیگار، کاهش ۶ تا ۴۷ درصدی بروز حملات قلبی را گزارش می‌دهند. این مطالعه نیز نشان می‌دهد که به دلیل اثرات منفی دود دخانیات بر سیستم قلبی عروقی، اخذ سیاستهای ممنوعیت مصرف سیگار برای حفاظت افراد جامعه مفید می‌باشد.

دود تحمیلی دخانیات شامل بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیایی بوده که حداقل ۶۹ مورد آنها سرطانزا می‌باشند. علاوه بر بروز بیماریهای قلبی، دود تحمیلی دخانیات باعث بروز سرطان ریه، بیماریهای جدی تنفسی از جمله برونشیت، آسم، وزن کم نوزاد به هنگام تولد و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد می‌گردد.

به نقل از *Miranda Wang* عضو مؤسسه *Tobacco-Free Kids*

## سیگارهای نیوزلند بیشتر از سیگارهای استرالیا قطران وارد بدن می‌کنند

نیوزلند هراله - ۲۳ ژوئن سال ۲۰۱۰ - مارتین جانسون

سیگارهای نیوزلند نیکوتین حاصل از سیگار را بیشتر از سیگارهای استرالیا وارد بدن می‌کنند. علت این امر احتمالاً بیشتر بودن نوارهای پر نیکوتین در این سمت ایالت استرالیایی تاسمان می‌باشد.

نتایج حاصل از مطالعه صنعت توتون نیز حاکی از آن است که سیگاریهای نیوزلند در معرض بیشترین مقدار متوسط قطران نسبت به ۵۷۰۳ سیگاری در هشت کشور هستند.

نیکوتین، قسمت اعتیادآور دود تنباکو و توتون و قطران یک ماده محرک است که ظاهراً علت اصلی سرطان ریه می‌باشد.

محققین نیوزلند سعی دارند اعضای مجلس را برای وادار کردن شرکت‌های تنباکو و توتون به کاهش میزان نیکوتین تا سطحی که توتون دیگر اعتیادآور نباشد متقاعد کنند.

تحقیق به عمل آمده توسط محققین بین‌المللی توتون انگلیسی-آمریکایی در انگلیس ۸۰۰۰۰ ته سیگار به دست آمده از سیگارهای کشیده شده توسط سیگاری‌ها را در هشت کشور مورد آزمایش قرار دادند. پانزده نخ سیگار از هر کشور از هشت کشور آزمایش شدند تا میزان موجود را پیدا کنند.

این تحقیق در روزنامه «داروشناسی، سم شناسی تنظیمی» به صورت آنلاین منتشر گردید.

سیگاریهای نیوزلند ۶۲ میلی گرم نیکوتین از هر سیگار وارد بدن خود می‌کردند که به مراتب بیشتر از میزان ۱/۳۶ میلی‌گرم نیکوتین در سیگارهای استرالیایی بود. تحقیق نشان داده است که در

مالیاتی بر اساس مقدار نیکوتین می‌باشد. او به آمار دانشگاه اتاگو به عنوان نمونه ای اشاره کرد که ۸۵ درصد افراد سیگاری خواهان کاهش اعتیاد به دخانیات را داشتند. درصد نیکوتین موجود در دخانیات مطابق با مقررات نیوزلند نمی باشد. اگرچه قانون محیط زیست بدون دخانیات به دولت اجازه می دهد مقرراتی را برای کنترل دخانیات وضع کنند. وزیر بهداشت تارینا توریا که اتخاذ تصمیمات مربوط به برنامه‌های کنترل دخانیات در حیطه اختیارات اوست خاطرنشان ساخت که ایشان متوجه مسائل بسیاری می‌باشد که کاهش استعمال دخانیات نیز یکی از آنهاست.»

#### منبع:

میزان استنشاق دود از سیگار فیلتردار، تحقیقی که در ۸ کشور به عمل آمده است.  
داروشناسی رگونال توکیسکال  
بیست و چهارم ماه مه سال ۲۰۱۰  
مارینر DC، اشلی م، شهرد سی جی مولارد جی، دیکسون م.  
یادداشت: تحقیق صنعت دخانیات‌سازی گروه توسعه و تحقیق، شرکت دخانیات آمریکایی انگلیسی.



کشورهای مختلف، میزان نیکوتین کشیده شده از هر سیگار در هر کشور با کشور دیگر متفاوت است. این امر تا حدودی انواع مختلف برگ توتون مورد استفاده در کارخانجات مختلف را نشان می دهد. علت این امر احتمالاً تفاوت میان ایالات استرالیایی می‌باشد زیرا بیشتر مبلغ توتون و تنباکوی نیوزلند از کارخانه های استرالیا تأمین می‌شود. هرچند که یک کارخانه همچنان در ولینکتون نیز مشغول به کار است.

به گفته دکتر موری لاگسن، دکتر متخصص بهداشت عمومی کلیسای مسیحی، سیگارهای استرالیایی نیکوتین کمتری وارد بدن می کنند و علت آن هم احتمالاً برتری آنها به خاطر نوارهای کم نیکوتین آنهاست یا شاید چون نیوزیلندی ها سیگار را با شدت بیشتر پک می زنند.

کمسیون تجاری در سال ۲۰۰۸ برای حذف واژه های «سبک» یا «ملایم» از روی پاکت های دخانیات، یک موضع اختیاری را تثبیت نمود. بعد از آن مبارزان کنترل دخانیات شکایت کردند که این عبارات به ایمنی بیشتری از استعمال دخانیات دلالت دارند در حالی که استعمال کلیه محصولات دخانی مضر می‌باشد. این واژه ها عموماً جای خود را به رنگ های متنوع روی بسته بندی ها یا کلمات توصیفی جدید دادند. به گفته دکتر لاگسن سیگاری های نیوزلند بیشترین مصرف سیگار را دارند که همین امر باعث بالا رفتن شدید میزان اعتیاد در این کشور شده است. این یافته ها با تحقیقات استرالیا مورد مقایسه قرار گرفتند و نشان می دهند که ما آنقدرها هم در کاهش استعمال دخانیات سرعت به خرج نمی دهیم. با وجود این، هزینه گزافی صرف فراهم کردن نیکوتین دارویی برای افراد سیگاری می کنیم. اختلاف نیکوتین همچنین به توضیح نتایج تحقیق نیوزلند کمک می کند؛ مبنی بر این که یک چهارم سیگاری های جوان، نشانه های اعتیاد بعد از کشیدن فقط یک نخ سیگار را نشان دادند و ۸۰ درصد افراد سیگاری سیگار کشیدن خود را یک نوع اعتیاد می دانند.

دکتر لاوگسن با اصرار از دولت خواست برای پایان دادن به استعمال دخانیات در عرض یک دهه پایش دقیق و اساسی اعمال کنند این پایش مشتمل بر

## مبارزه برای داشتن دنیای بدون دود

به دنبال برگزاری کنفرانس ژوئن ۲۰۰۷ در بانکوک پایتخت تایلند و با حضور نمایندگان کشورهای مختلف از سراسر جهان درخصوص معاهده جهانی کنترل دخانیات گروهی با هدف «مبارزه برای داشتن دنیایی بدون دود» تشکیل گردید. این گروه با اتخاذ دستورالعملهای قوی و مؤثر پیرامون ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات از طرف کشورهای عضو این معاهده فعالیت می‌نماید. در این کنفرانس اعضای معاهده دربارهٔ مسائل مربوط به اجزای اولین معاهده بهداشت جهانی به بحث و گفتگو پرداختند. ماده ۸ معاهده معاهده جهانی کنترل دخانیات به حمایت از افراد جامعه در برابر استنشاق دود سیگار می‌پردازد.

هدف از «مبارزه برای دنیای بدون دود» چیست ؟ ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات یک وسیله دفاعی ضد دخانیاتی قوی می‌باشد. با وجود این، اجرا و اعمال قوانین شدید و مؤثر در برخورداری از هوای بدون دود، نیازمند تلاش بی وقفهٔ جوامع مدنی در بیشتر کشورهاست. برخی مسئولان دولتی به ضرورت ماده ۸ آگاهی نداشته یا به اهمیت آن پی نبرده‌اند. سیاستگذاران دیگر نیز بطور نامحسوسی تطمیع می‌شوند تا اعمال قوانین شدید ضد دخانیاتی را به تعویق اندازند، مگر اینکه با حمایت شدید تبلیغات ضد دخانیاتی وارد عمل شوند. بنابراین مدافعان کنترل دخانیات نقش مهمی در ترویج سیاستهای ضد دخانیاتی به عهده دارند. لازم است این سیاستها آنقدر قوی باشند تا از سلامت افراد حمایت نموده، بطور مؤثر و به درستی اعمال گشته و هرچه سریعتر اجرا شوند.

گروه «مبارزه برای دنیای بدون دود» سازمانهای غیردولتی (NGO ها) سراسر جهان را یاری نموده تا در جهت اتخاذ دستورالعملهای قوی و مؤثر در خصوص ماده ۸ سیاستگذاران را حمایت نمایند. همچنین برای رسیدن به نتایج بهتر در میان دولت‌ها و جوامع مدنی، این گروه قصد دارد تا در رسانه‌ها نیز آگاهی عموم را دربارهٔ هوای بدون دود افزایش دهد.

۸ اصل زیر بازتاب مفاد موجود در ماده ۸ معاهده

جهانی کنترل دخانیات می‌باشند که از طرف گروه «مبارزه برای دنیای بدون دود» مورد توجه قرار می‌گیرد:

(۱) دود حاصل از سیگار موجود در هوا سلامت افراد را به شدت تهدید می‌کند.

(۲) از آنجایی که کمترین حد خطر تنفس دود سیگار موجود در هوا تعریف نشده، استنشاق این دود برای افراد به هر اندازه‌ای مضر است.

(۳) برای حمایت افراد در برابر دود سیگار هیچ راه مناسبی به جز ایجاد اماکن عمومی و محل‌های کاری ۱۰۰٪ بدون دخانیات وجود ندارد.

(۴) بکارگیری سیستمهای تهویه هوا و ایجاد فضاهایی مخصوص افراد سیگاری به هیچ وجه از افراد غیرسیگاری در برابر دود سیگار موجود در هوا محافظت نمی‌کند.

(۵) تمامی افراد باید در برابر دود سیگار موجود در فضا حمایت شوند.

(۶) کارکردن در محل‌های کاری بدون دود حق مسلم تمامی کارکنان است.

(۷) در قانون حمایت از افراد در برابر خطرات ناشی از دود سیگار هیچ استثنایی وجود ندارد.

(۸) اعمال و اجرای مؤثر و نظارت بر مفاد قانون، اجزای ضروری یک قانون مؤثر می‌باشند.

« نکات کلیدی در مبارزه برای داشتن دنیای بدون دود » موارد زیر دلایل محکمی برای اتخاذ دستورالعمل‌های قوی و مؤثر از طرف اعضای معاهده می‌باشد:

۱. دود دست دوم خطر جدی برای سلامت می‌باشد. دود دست دوم تشکیل شده است از دود حاصل از سوختن انتهای محصول دخانی (دود فرعی) و دودی که فرد سیگاری به بیرون می‌دمد (دود اصلی). غلظت بسیاری از مواد سمی موجود در دود فرعی بیش از مواد موجود در دود اصلی است که فرد سیگاری استنشاق می‌کند.

مجاورت با دود دست دوم منجر به بیماری‌های بسیاری و در نتیجه مرگ می‌شود. حتی مواجهه کوتاه مدت با آن نیز اثرات سونی برای فرد به همراه دارد. بیماری و مرگ‌های زود هنگام حاصل مجاورت کوتاه مدت و طولانی مدت با دود دست دوم می‌باشد. دود دست دوم باعث بروز سرطان ریه، بیماری‌های کرونری قلب،

در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و شرایط اقتصادی یا اجتماعی آن فرد.» جمله فوق در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است. از آنجایی که دود دست دوم خطر جدی برای سلامت بشر به حساب می‌آید، لازم است تمامی افراد و نه فقط گروه خاصی، در برابر آن محافظت گردند.

۶. کارکنان حق دارند در محیط‌های بدون دود کار کنند. هیچ کس نباید سلامت خویش را در محیط کار و یا خارج از آن به خطر اندازد. در حالیکه محل‌های کاری بسیاری قانون منع استعمال دخانیات را اجرا کرده‌اند، ولی افراد زیادی در سراسر جهان وجود دارند که در محل‌های کاری مملو از دود دخانیات مشغول به کار می‌باشند و سلامت خود را در خطر می‌بینند.

۷. برای حمایت افراد از خطرات دود دست دوم اعمال قانونی بدون تبصره ضروری می‌باشد.

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که اعمال ممنوعیت کامل استعمال دخانیات آسانتر از محدود کردن آن است. محدود کردن استعمال دخانیات به این معنی است که استعمال دخانیات در برخی اماکن مجاز و در اماکن دیگر ممنوع می‌باشد. این موضوع باعث درگیری و بحث بین افراد سیگاری و غیرسیگاری می‌شود علاوه بر این، دود موجود در فضاهای مخصوص افراد سیگاری، هوای اماکن غیرسیگاریها را نیز آلوده می‌سازد و هیچ گونه حمایتی در این خصوص اعمال نمی‌گردد.

۸. اعمال، اجرا و کنترل مؤثر بر مفاد قانون، اصول ضروری در یک قانون مؤثر می‌باشند.

اعمال این قانون به عوامل زیر بستگی دارد: اطلاع رسانی در مورد تاریخ اجرای قانون، رؤیت علایم ممنوعیت مصرف سیگار، شفافیت قانون، سطح جریمه‌ها، اطلاع‌رسانی در مورد سطح جریمه‌ها، اطلاع‌رسانی در مورد رسیدگی به شکایات (مانند استفاده از یک خط تلفن)، تعداد نظارت کنندگان و احتمال جریمه شدن.

ضروری است که اعمال هر چه سریعتر چنین قوانینی صورت گیرد. در صورتی که این قانون از ابتدا اعمال نگردد، مشکلات بسیاری را به همراه خواهد داشت. بنابراین همکاری کامل با این قانون از ابتدای اعمال آن توصیه می‌گردد.

سندروم مرگ ناگهانی نوزاد و بسیاری بیماری‌های دیگر می‌شود. بنابراین اعمال قوانین بدون دود ضروری می‌باشد.

۲. حد بدون خطر برای مواجهه با این دود وجود ندارد. متخصصین هیأت‌های علمی یا دولتی دود دست دوم را کارسینوژن (ماده سرطانزا) گروه A یا انسانی می‌نامند، زیرا باعث سرطان در انسانها می‌شود. برای مواد سمی گروه A هیچ حد بدون خطری برای مواجهه با این دود وجود ندارد. کاهش یا از بین بردن میزان دود از طریق وسایل تهویه یا به هر روش مهندسی دیگر به منظور محافظت از خطرات دود دست دوم غیر ممکن می‌باشد. تحقیقات علمی نشان می‌دهد میزان مرگ و میر در افراد غیرسیگاری مجاور با دود دست دوم در مقایسه با افراد غیرسیگاری غیر مجاور با این دود ۳۰٪ بیشتر است. خطر بروز سکته شدید میوکاردی و بیماری قلبی کرونری در مجاورت دود دخانیات با دوزهای پایین غیر خطی است، به طوری که با دوزهای کمی مانند دود دست دوم نیز به شدت افزایش می‌یابد. شواهد علمی نشان می‌دهد که تنفس دود دست دوم به مدت ۳۰ دقیقه تغییراتی در عملکرد اندوتلیال افراد غیرسیگاری پدید می‌آورد که شبیه افراد سیگاری با مصرف روزانه یک پاکت سیگار می‌باشد.

۳. هیچ راه بهتری به جز منع ۱۰۰٪ استعمال دخانیات در اماکن عمومی و محل‌های کاری وجود ندارد.

فراهم کردن فضاهای بدون دود تنها روش مناسب برای پیشگیری از خطرات ناشی از مواجهه با دود دخانیات است. سیاست‌های ضد دخانیاتی نه تنها از وقوع مرگ و بیماری در افراد غیر سیگاری جلوگیری می‌کند، بلکه تأثیر مثبت و سریعی بر سلامت عموم نیز می‌گذارد.

۴. سیستم‌های تهویه و فیلتر هوا و فضاهای مخصوص سیگار کشیدن افراد را از دود دست دوم محفوظ نمی‌دارد. حتی پیشرفته‌ترین سیستم‌های تهویه هوا نیز قادر به حذف تمامی سموم، گازها و اجزای ریز موجود در دود سیگار نمی‌باشند. به علاوه، سیستم‌های تهویه یا تصویه هوا دود دست دوم را در کل ساختمان پخش می‌نمایند.

۵. لازم است تمامی افراد در برابر دود دست دوم محافظت شوند.

«بر خورنداری از بالاترین استانداردهای حصول شدنی در بهداشت، یکی از حقوق اساسی هر انسان است بدون

## نشستی با اصحاب نظران



۳- آیا بین مصرف دخانیات و بیماری‌های پوستی ارتباط وجود دارد؟

بله متأسفانه ارتباط وجود دارد. مصرف هر گونه دخانیات باعث ایجاد یک سری چین و چروک‌هایی در پوست می‌شود که یکی از عوامل پیرشدن پوست

است و بعضی از بیماری‌های پوستی مثل پسوریازیس به طور قابل توجهی در افراد سیگاری شایع‌تر است. همچنین مصرف سیگار می‌تواند احتمال بیماری‌های قبلی را افزایش دهد یا بیماری که مبتلا به زخم‌های پوستی ناشی از اختلال‌های عروقی هستند با مصرف سیگار مشکلاتشان افزایش پیدا خواهد کرد. افرادی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند به عنوان مثال کاشت مو یا هر گونه لیزردرمانی به آنها توصیه می‌کنیم از یکی دو هفته قبل و یکی دو هفته بعد از جراحی مصرف سیگار را قطع کنند زیرا که مصرف سیگار باعث اختلال خون‌رسانی به پوست می‌شود و ترمیم زخم‌ها را به تعویق می‌اندازد و طبعاً درمان بی‌نتیجه خواهد بود.

۴- آیا بین مصرف دخانیات و کاهش روند درمان ارتباطی وجود دارد؟ لطفاً توضیح دهید؟

دقیقاً همین‌طور است. بسیاری از بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند سال‌های متمادی باید از داروهایی که سیستم ایمنی بدن را پایین می‌آورد استفاده کنند نظیر کورتن و روند درمان آنها با اختلالات زیادی روبرو است. در یک جمع‌بندی کلی بیمار سیگاری نسبت به بیمار غیرسیگاری روند درمانی مشکل‌تری خواهد داشت.

۵- آیا بین مصرف دخانیات با سلامتی و رشد مو ارتباطی وجود دارد؟

ارتباط خیلی زیادی بین مصرف سیگار و رشد مو وجود دارد. شما اگر دقت کرده باشید کسانی که تریاک مصرف

در این شماره پای صحبت‌های ارزشمند آقای دکتر بهروز باریک‌بین متخصص پوست و مو می‌نشینیم.

۱- لطفاً خودتان را معرفی کنید و کمی از فعالیت‌های خود را برای ما بگویید؟

اینجانب دکتر بهروز باریک‌بین هستم. متخصص پوست و مو، عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی، ورودی سال ۱۳۷۲ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشم.

در سال ۱۳۷۹ با کسب رتبه ۱ دانشگاه فارغ‌التحصیل شدم و مجوز شرکت در آزمون دستیاری را پیدا کردم. در آن آزمون رتبه ۹ کشوری را به دست آوردم و با انتخاب رشته پوست وارد دانشگاه علوم پزشکی تهران شده و در سال ۱۳۸۳ با کسب رتبه اول بوردا تخصصی از آن دانشگاه و بیمارستان رازی فارغ‌التحصیل شدم و بعد از آن به عنوان عضو هیئت علمی آموزشی مشغول هستم و در حال حاضر به عنوان قائم‌مقام مرکز تحقیقات کاربرد لیزر در علوم پزشکی انتخاب و همگام با آن در کارهای آموزشی و پژوهشی فعالیت زیادی دارم.

۲- لطفاً برای خوانندگان این مجله کمی از سیگار و مضرات آن بیان نمایید؟

یکی از دغدغه‌های فکری امروز خانمها و آقایان چین و چروک پوستی است. افراد دوست دارند چهره‌های جوان نداشته باشند البته ثابت شده که استرس‌ها همراه با نور آفتاب، دود سیگار و سموم داخل آن باعث پیرشدن سلول‌ها و چین و چروک‌های روی صورت است به عنوان مثال شما اگر یک فرد سیگاری را با فرد غیرسیگاری هم سن و سال خودش مقایسه کنید می‌بینید میزان چین و چروک روی صورت این فرد سیگاری در قسمت‌های مختلف از جمله دور دهان، دور چشم و قسمت‌های دیگر صورت خیلی بیشتر از فرد غیرسیگاری است و همین‌طور چهره یک فرد سیگاری نسبت به یک فرد غیرسیگاری چهره‌ای زرد و در واقع‌های پوکسیک یعنی دارای کمبود اکسیژن است به همین دلیل ما به تمام کسانی که دوست دارند دیرتر پیر بشوند و صورتشان چین و چروک‌های کمتری برآورد توصیه می‌کنیم اگر سیگاری هستند سیگارشان را ترک کنند و یا اگر احیاناً دغدغه فکری دارند در این زمینه اصلاً سراغ مصرف سیگار و دخانیات نروند.

می‌کنند و در واقع معتاد هستند موهای بهتری نسبت به افراد عادی دارند و کسی علت آن را نمی‌داند اما اعتقاد بر این است که مصرف دخانیات و مواد مخدر به تدریج می‌تواند هورمون‌های مردانه و جنسی فرد را کم کند و اثر محافظتی روی موها داشته باشد و از طرف دیگر عقیده‌ای وجود دارد که مصرف مواد مخدر می‌تواند تا حدی از ریزش مو جلوگیری نماید. اما به هیچ عنوان این مسئله قابل توجه نیست که افراد به دنبال این مواد اخیونی بروند چرا که خطرات آن هزار برابر بیشتر از فواید آن است.

۶- به عنوان یک پزشک چه توصیه‌ای برای افرادی که سیگار یا هرگونه دخانیات مصرف می‌کنند دارید؟  
به عنوان یک پزشک من عقیده دارم هر چیز که اعتیادآور باشد برای سلامت فرد مضر است امروزه شما می‌بینید اعتیاد به اینترنت یکی از معضلاتی است که جامعه بشری را درگیر کرده است و جوانان و نوجوانان ساعت‌های زیادی را پشت کامپیوتر صرف می‌کنند و این تحرک نداشتن‌ها و اعتیاد فکری به یک موضوع می‌تواند برای فرد خطرناک باشد. حالا در مورد سیگار که عوارض آن خیلی بیشتر است یعنی ضمن اعتیادی که فرد به آن پیدا می‌کند با هر پکی که به سیگار می‌زند هزاران سم را وارد بدنش می‌کند و فرد دچار مشکلات متعددی می‌شود و تمامی اعضای بدن از سمومی که توسط سیگار وارد بدن می‌شوند در غلب هستند و دچار مشکل می‌شوند که یکی از آنها پوست است. همانطور که گفتیم ایجاد چین و چروک روی پوست و پیری زودرس یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که فرد دچار آن خواهد شد. البته دیده شده که سرطان‌های پوست با مصرف سیگار ارتباط دارد و کسانی که سیگار مصرف می‌کنند احتمال رخداد سرطان مخاطی در دهان و زبانشان خیلی بیشتر از کسانی است که سیگار نمی‌کشند.

۷- آیا می‌توان گفت بین مصرف دخانیات و نقص سیستم ایمنی بدن ارتباطی وجود دارد؟

دقیقاً همانطور که گفتیم سیگار با سموم فراوانی که وارد خون می‌نماید و با ایجاد کمبود اکسیژن در خون سیستم ایمنی بدن را دچار اختلال می‌کند. ما می‌بینیم که به طور کلی افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری بیمارتر هستند و به تدریج آسیبی که سیگار به سیستم ایمنی می‌زند باعث می‌شود که سلول‌های تومور در بدن رشد کنند بنابراین سرطان در افراد سیگاری شایع‌تر است. به عنوان

مثال سرطان مثانه یا سرطان‌های مخاطی دهان در افراد سیگاری شایع‌تر است بنابراین افراد هر چه زودتر سیگار را ترک کنند مسلماً به سلامت خود و اطرافیانشان کمک خیلی زیادی خواهند کرد.

۸- آیا بیماری داشتید که به خاطر مصرف دخانیات دچار سرطان پوست شده باشد؟

هرگز مشخص نمی‌شود که علت اصلی سرطان پوست سیگار بوده است یا خیر. اما تجربه کاری نشان داده بیمارانی که دچار سرطان پوست هستند در واقع با مشاغل سر و کار دارند که مستقیماً با نور آفتاب درگیر بوده و همزمان با آن سیگار هم مصرف می‌نمایند مانند کارگران ساختمانی.

۹- جهت کاهش مصرف دخانیات در کشور چه توصیه‌ای دارید؟

آگهی‌سازی افراد از عوارض دخانیات و دود حاصل از آن. زیرا انسان موجودی است آزاد و با آگاهی که می‌تواند در مورد سلامت خود و دیگران تصمیم‌گیری کند. البته قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در ارگان‌های دولتی و در فروشگاه‌ها و رستوران‌ها می‌تواند بسیار مفید باشد. در ضمن بهتر است که قیمت مواد مخدر افزایش یابد و دولت پارتنه را از دخانیات بردارد تا با افزایش قیمت آن افراد کمتر به سراغ مواد مخدر بروند تا سلامت خود و دیگران را تضمین نمایند. ۱۰- به نظر شما نقش دولت در کاهش مصرف دخانیات چیست؟

تمام امکاناتی که در کشور وجود دارد در زمینه فرهنگ‌سازی در دست دولت است اعم از صدا و سیما. از طرفی دیگر افزایش قیمت‌ها و قوانینی که باید اجرا شود همه و همه مجری آن دولت است و انتظار تمامی مردم ایران که به سلامتی خود و فرزندانشان اهمیت می‌دهند از دولت این است که قوانین را سخت‌تر کنند و به دنبال راه‌کارهای پیشگیری از اعتیاد جوانان باشند و در جامعه به کار گیرند. ۱۱- به نظر شما نقش خود فرد در کاهش مصرف دخانیات چیست؟

کسی که اعتیاد به مصرف مواد مخدر یا دخانیات دارد هر چه که برای او از مضرات دخانیات بگوییم تا خود او اراده نداشته باشد نمی‌تواند آن را کنار بگذارد به همین دلیل شاید بگوییم مهمترین عامل در ترک سیگار اراده خود فرد است و این اراده زمانی مصمم‌تر خواهد شد که آگاهی فرد از عوارض مصرف سیگار و دخانیات و هر نوع ماده مخدر بیشتر گردد.



## قانون جامع کنترل دخانیات

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی.

- وزیر آموزش و پرورش.

- وزیر بازرگانی.

- فرمانده نیروی انتظامی.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ماده ۱۵- ثبت هرگونه علامت تجاری و نم 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 دخالی 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.

# روزنامه‌های بزرگ کتاب چاپ شده

در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

## روشهای ترک سیگار در بیماران ریوی



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

ترجمه پرویز سینایی  
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 ریوی» می‌باشد. این کتاب ترجمه پرویز سینایی و زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده

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

شاخصی از درجه وابستگی را می‌توان با استفاده از پرسشنامه بدست آورد. تست فاگرتروم برای تعیین وابستگی به نیکوتین یک پرسشنامه مفید و کوتاه (شش جزء) می‌باشد. (۸۱) اطلاعات لازم برای این تست را می‌توان از طریق مصاحبه یا پرکردن پرسشنامه‌ها توسط خود افراد سیگاری، جمع‌آوری نمود (جدول ۲). امتیازات بین صفر تا ۱۰ می‌باشد و معمولاً میانگین امتیازات افراد سیگاری بین ۴-۳ است. دو مورد از مهمترین سوالات این تست شامل زمان

مصرف اولین سیگار در صبح و تعداد سیگارهای مصرفی روزانه می‌باشد. ارزش اطلاعات حاصل از این دو سؤال تقریباً معادل کل پرسشنامه است. اگر وقت بسیار محدود باشد، زمان مصرف اولین سیگار به عنوان نماینده کل تست در نظر گرفته می‌شود. (۷۹) یک شاخص وابستگی قوی ولی نسبتاً غیرمستدل، مصرف سیگار شبانه است. چنین افراد سیگاری امتیاز بسیار بالایی در تست فاگرتروم کسب می‌کنند. هرچه امتیاز بالاتر باشد، وابستگی به نیکوتین بیشتر و ترک سیگار مشکلتر است. همچنین امتیاز حاصل از تست فاگرتروم دشواری ترک و نیاز برای درمان دارویی را مشخص کرده (۸۲-۸۳) و با نمود ژنتیکی گیرنده‌های مخصوص نیکوتین همخوانی دارد. (۸۴) در جدول ۲، افراد سیگاری کاملاً براساس شدت وابستگی‌شان متمایز گشته‌اند. مطابق ICD-10 (۱۹) برای تعیین وابستگی به دخانیات، هفت معیار وجود دارد که عبارتند از: تمایل شدید به مصرف سیگار، دشواری در مهار میزان مصرف، مصرف مداوم با وجود اثرات مضر آن، اولویت خاص بر فعالیتهای دیگر، افزایش سطح

جدول ۲		تست فاگشروم برای تعیین وابستگی به نیکوتین
امتیاز	پاسخ	پرسش
۳	طی ۵ دقیقه	۱- چه مدت بعد از بیدار شدن در صبح، اولین سیگارتان را مصرف می‌کنید؟
۲	۶-۳۰ دقیقه	
۱	۳۱-۶۰ دقیقه	
۰	بعد از ۶۰ دقیقه	
۱	بله	۲- آیا خودداری از مصرف سیگار در اماکن ممنوعه، برای شما مشکل می‌باشد؟
۰	خیر	
۱	اولین سیگار در صبح	۳- ترک کدام سیگار برای شما مشکل‌سازترین است؟
۰	هر یک از دیگر سیگارها	
۰	کمتر از ۱۰	۴- روزانه چند نخ سیگار مصرف می‌کنید؟
۱	۱۱-۲۰	
۲	۲۱-۳۰	
۳	بیشتر از ۳۱	
۱	بله	۵- آیا طی اولین ساعات بیدار شدن در صبح بیشتر سیگار مصرف می‌کنید یا طی بقیه ساعات روز؟
۰	خیر	
۱	بله	۶- اگر بیشتر طول روز را در بستر بیماری به سر برید، باز هم سیگار مصرف می‌کنید؟
۰	خیر	
		مجموع امتیازات ( صفر تا ۱۰ )

#### مونوکسیدکربن:

مصرف سیگار باعث جذب مواد سمی بسیاری می‌شود. مونوکسیدکربن یکی از محدود مواد سمی است که به راحتی کنترل می‌شود. میزان مونوکسیدکربن به عنوان شاخص جذب کلی دود سیگار در نظر گرفته می‌شود. با بازدمیدن فرد سیگاری درون دستگاه تجزیه کننده مونوکسیدکربن، به آسانی می‌توان غلظت مونوکسیدکربن را پدست آورد. واحد اندازه‌گیری مونوکسیدکربن ppm می‌باشد که به سادگی به کربوکسی- هموگلوبین (COHb) قابل تبدیل است. در صورت نبودن دستگاه تجزیه‌گر، می‌توان از طریق آزمایش خون، میزان COHb را پدست آورد. نمایش اثر مونوکسیدکربن بر افراد سیگاری ارزش

نیاز و علائم جسمانی. به منظور تشخیص، سه مورد از هفت مورد فوق باید بررسی و تأیید گردد. در این مجموعه، وابستگی به دخانیات فقط از نظر کیفی بررسی می‌شود. تا کنون این مورد را به عنوان مقیاس کیفی بکار برده‌اند، (AS) درحالی‌که اطلاعات استاندارد وجود ندارد.

#### تجزیه پیشین در ترک سیگار:

پرسش درباره تجربه‌های پیشین در ترک می‌تواند ارزشمند باشد. به عنوان مثال، پرسش درباره طولانی‌ترین مدت بدون مصرف سیگار، مشکلات و علائم ترک، هرگونه روش مؤثر، انگیزه یا عامل عود و برخورداری از یک احساس مثبت در طول دوره ترک. طرح این سؤالات به شناخت مشکلات و رفع آنها کمک می‌کند.

تحریک کنندگی بسیار زیادی دارد، بطوریکه توصیه می‌شود در ابتدا فرد معالج درون دستگاه تجزیه‌گر پدمد تا غلظت طبیعی مونوکسیدکربن، بین ۱-۳ ppm، پدیدار گردد. سپس فرد سیگاری درون دستگاه می‌دمد، در نتیجه فوراً با عدد بسیار بالایی معادل (۱۰-۲۰ ppm) COHb ۵-۲٪ (روبرو می‌شود. در شرایط محیطی طبیعی میزان مونوکسیدکربن هر فرد غیرسیگاری نباید بیش از ۲ ppm باشد. (۸۶) نیمه‌عمر مونوکسیدکربن در حدود ۴ ساعت است اما تا حدودی به میزان مصرف نیز بستگی دارد. از این رو، در آزمایش بازدم افراد سیگاری، مشاهده شده است غلظت مونوکسیدکربن در صبحها کمتر از بعد از ظهرها می‌باشد. (۸۶) معمولاً بین یک تا دو روز بعد از ترک سیگار میزان مونوکسیدکربن به سطح طبیعی می‌رسد که فرد با مشاهده این نرمال‌سازی سریع بسیار خرسند می‌گردد. بعد از نرمال‌سازی سطح مونوکسیدکربن، پیشرفت فرد را در دوره پیگیری پس از درمان می‌توان ارزیابی کرد. سطح غیرطبیعی مونوکسیدکربن نشان می‌دهد که مصرف سیگار و بخصوص مونوکسیدکربن باعث بیماریهای قلبی-عروقی می‌شود.

درحالتی که هدف کاهش مصرف سیگار باشد و نه ترک آن، کنترل میزان مونوکسیدکربن ضروری است. ممکن است تعداد سیگارهای مصرفی کاهش یابد ولی اغلب فرد سیگاری با پکزدنهای قویتر به هر سیگار، کمبود نیکوتین مورد نیاز بدنش را جبران می‌کند و از تعداد کم سیگارهای مصرفی، بیشترین سود را عاید خود می‌سازد. ترجیحاً سنجش مونوکسیدکربن در بعد از ظهرها نیز نشان دهنده وابستگی می‌باشد. از آنجایی که در تولید مونوکسیدکربن حاصل از سیگارهای مختلف تفاوت اندکی وجود دارد (برخلاف آنچه که بر روی پاکتهای سیگار درج شده)، می‌توان آنرا عمدتاً به نیکوتین‌خواهی و وابستگی فرد نسبت داد. مشاهده می‌شود که میزان مونوکسیدکربن بازدمی در بیماران مبتلا به COPD بالاتر می‌باشد با این وجود هنوز مشخص نمی‌باشد که آیا تفلوتهایی در نیمه عمر مونوکسیدکربن، تولید التهابی مونوکسیدکربن در این بیماران، عوامل درونی دیگر یا

مصرف زیاد سیگار، علل این پدیده باشند، اما ظاهراً مصرف زیاد سیگار و الگوهای مختلف استنشاق بیشترین دلایل برای بالا بودن سطح مونوکسیدکربن در بیماران مبتلا به COPD می‌باشند. (۸۷)

#### اسپیرومتری و ترک سیگار:

آزمایش عملکرد ریه در ارزیابی افراد سیگاری جمعیت مورد مطالعه از کارهای اساسی و ضروری می‌باشد هدف از این آزمایش تشخیص بیماریهای ریوی در افراد سیگاری مستعد (۹۱-۸۸) و افزایش میزان ترک سیگار به واسطه ایجاد انگیزه ترک با مشاهده عینی نقص عملکرد ریه می‌باشد. (۹۲)

با انجام چنین آزمایشی ترس بیماران ریوی از خطر بیماریشان ممکن است کاهش یابد و مراقبین بهداشتی نیز می‌توانند بطور عینی اثرات مصرف سیگار را بر هر فرد نمایان سازند.

بررسی خطرات بیومدیكال بر مصرف آینده سیگار مؤثر بوده و تاکنون مطالعاتی نیز در این زمینه صورت گرفته است. (۹۳) ولی از آنجایی که فقط هشت مطالعه در این زمینه صورت گرفته به دلیل اطلاعات ناکافی نمی‌توان به نتیجه قطعی رسید. با این وجود، ارزیابی مونوکسیدکربن بازدمی، آزمایش عملکرد ریه، ریسک ژنتیکی ابتلا به سرطان ریه یا سونوگرافی اولتراسوند کاروتید و سرخرگ فمورال، به طور جداگانه یا همزمان تأثیری بر میزان ترک نداشته است. در هر صورت، به منظور تشخیص بیماریهای ریوی در افراد سیگاری مستعد، انجام اسپیریومتری از کارهای ضروری برای این افراد می‌باشد.

#### هم‌زمانی دو بیماری:

به نظر می‌رسد که مصرف سیگار راهی برای مبارزه با درگیریها و فشار روزانه زندگی است. در افراد سیگاری قهقار، بطور آشکار و پنهان مشکلاتی از قبیل شیزوفرنی، اختلال بیش‌فعالی-کم توجهی، وابستگی به داروهای دیگر و استفاده از مواد مخدر به وفور دیده می‌شود، ولی در عین حال بیشترین اختلال روانی وابسته به مصرف سیگار، افسردگی می‌باشد. (۹۴) تاریخچه وقوع افسردگی و مصرف سیگار اغلب همراه هم بوده است و دارای یک مکانیسم ژنتیکی می‌باشند. (۹۵) بطوریکه در فرد

به COPD می‌پردازیم، زیرا این بیماری بر مصرف سیگارشان نیز تأثیرگذار می‌باشد.

**چرا ترک در بیماران تنفسی مشکل است؟**

متداول‌ترین و قوی‌ترین عامل ترک سیگار، اهمیت سلامتی انسان است. با بالا رفتن سن افراد سیگاری، انگیزه ترک نیز در آنها افزایش یافته یا بیشتر اقدام به ترک می‌نمایند (۱۰۰) افراد سیگاری مبتلا به بیماریهای تنفسی نسبت به افراد سالم انگیزه بیشتری برای ترک سیگار دارند، (۸) مخصوصاً اگر معتقد باشند که مصرف سیگار باعث بروز این بیماریها در آنها شده است. (۱۰۱) برخی از این افراد سیگاری در ترک موفق شده و از جمعیت افراد سیگاری حذف می‌شوند، در حالیکه تعداد زیادی از آنها در ترک موفق نمی‌شوند معمولاً هر چه علائم بیماری در این افراد بیشتر شود، ممکن است مجدداً اقدام به ترک نمایند افرادی که در ترک موفق نمی‌شوند افرادی هستند که به دلایل گوناگون ترک سیگار برای ایشان مشکل می‌باشد. در مرحله‌ای که بیماری تنفسی پیشرفت کرده باشد، فرد بیمار توصیه‌های مکرر پزشک را نادیده گرفته و همواره افراد سیگاری سرسخت در جمعیت مورد نظر باقی می‌مانند. همچنین ممکن است در مراحل پیشرفته بیماری تنفسی، بیمار تحمل شنیدن توصیه‌های مکرر پزشک را نداشته باشد، به ویژه اگر مکرراً یک روش یا درمان را معرفی کنند بنابراین هر چه بیماری ریوی جدی‌تر و پیشرفته‌تر باشد ترک سیگار نیز مشکل‌تر می‌شود. برای مثال، در مراحل پیشرفته بیماری COPD کیفیت زندگی برای بیمار بسیار پایین آمده و بیمار سیگاری مصرف سیگار را از محدود لذتهایی می‌بیند که کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد خوددرمانی برای کاهش افسردگی در بیماران تنفسی:

عامل دیگری که باعث بروز مشکلاتی در بیماران تنفسی سیگاری می‌شود، شیوع نسبتاً زیاد افسردگی یا بی‌انگیزگی در این افراد است. (۱۰۲ و ۱۰۳) افسردگی، مستقلاً به مصرف سیگار و شکست در ترک وابسته است. (۱۰۴ و ۱۰۵) همچنین حالت افسردگی یکی از محدود علائم ترک است که باعث عود مصرف سیگار می‌شود. (۱۰۶ و ۱۰۷) شواهد نشان

سیگاری یا سابقه افسردگی، ترک سیگار مشکل‌تر می‌شود. (۹۶) افسردگی و اضطراب در بیماران تنفسی به ویژه مبتلایان به COPD بسیار شایع می‌باشد. (۹۷) به منظور درک بهتر و درمان بیماران افسرده توصیه می‌شود که پزشک برای ارزیابی افسردگی بیمار، دو سؤال زیر را مطرح نماید. ۱) طی ماه گذشته احساس سرفه‌کنندگی، افسردگی یا ناامیدی داشته‌اید؟ ۲) طی ماه گذشته نسبت به انجام کارها بی‌علاقه بوده و لذتی از آنها نبرده‌اید؟ پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات فوق نشانه افسردگی می‌باشد. (۹۸)

همچنین گاهی مطرح کردن یک سؤال (آیا در بیشتر روزهای دو هفته اخیر احساس پکری و بی‌انگیزگی داشته‌اید؟) کاملاً برای ارزیابی افسردگی حائز اهمیت می‌باشد. (۹۹) در حدود ۲۵٪ عود مصرف سیگار به دلیل افسردگی می‌باشد. (۸۴) بیمارانی که سابقه افسردگی داشته یا به هنگام ترکهای ناموفق پیشین دچار افسردگی می‌شدند، در ترک جدیدشان نیز بیشتر احتمال می‌رود که به افسردگی دچار شوند وقوع این اتفاق نه بدلیل افسردگی واقعی بیمار بلکه به جهت روحیه ضعیف و منفی او می‌باشد معمولاً این شرایط بین هفته‌های چهارم تا هفتم ترک بوجود می‌آید، ولی مشاوره و تشویق این افراد معمولاً مفید واقع می‌شود. در چنین مواردی استفاده از داروهای مناسب و ارجاع بیمار به متخصص نیز ضروری می‌باشد. (۸۴-۷۹)

## فصل چهارم

### خصوصیات بیماران تنفسی سیگاری

سیگار کشیدن افراد دلایل مختلفی دارد. برخی از مردم به دلیل مطرح کردن خود در اجتماع سیگار می‌کشند، در حالیکه برخی با این رفتار در محیط اجتماعی احساس تنهایی می‌کنند. برخی همانند افرادی که مشروبات الکلی مصرف می‌کنند، خواهان حس پاداش بخش آن می‌باشند در حالیکه برخی آنچنان گرفتار مصرف سیگار می‌شوند که به هنگام ترک سیگار دچار علائم ترک می‌شوند. در این بخش به برخی مشخصات بیماران تنفسی به ویژه مبتلایان

می‌دهد اضطراب که اغلب بخشی از افسردگی است. در میان افراد سیگاری مبتلا به COPD بیشتر شایع است (۱۰۸) همچنین گفته می‌شود که این افراد به الکسی تیمیا مبتلا گشته یعنی قلندر به بیان احساساتشان نمی‌باشند (۱۰۹) این افراد به وضوح در تنگنای بیان احساساتشان زندگی می‌کنند، بطوریکه با وخیم‌تر شدن بیماری COPD، حالت عصبانیت، افسردگی و یا حتی خوشحالی را بروز نمی‌دهند زیرا هر تغییر احساسی مشهودی باعث بروز علائم آزردهنده و گاهی خرد شدن فزاینده شخصیت بیمار می‌گردد (۱۱۰) در چنین شرایطی، مصرف سیگار نوعی خوددرمانی برای کنترل اضطراب و احساسات می‌باشد بطوریکه عود مصرف بعد از ترک سیگار راهی برای فرار از حالت افسردگی و نگرانی است. Wagena و همکارانش (۹۷) طی مطالعه‌ای رابطه بین افسردگی و COPD/آسم را بررسی کرده‌اند در این مطالعه cohort بین جمعیت مورد مطالعه پرسشنامه‌هایی توزیع گردید تا افراد به سوالاتی در زمینه COPD/آسم و حالت افسردگی پاسخ دهند در انتها مشخص گردید که ۱۰٪ افراد غیرسیگاری مبتلا به COPD/آسم دچار افسردگی بوده، در حالیکه ۲۹٪ افراد سیگاری دچار این عارضه بودند در گروه افراد سیگاری مبتلا به COPD/آسم و همچنین دیگر بیماری‌های مزمن (از جمله بیماری‌های قلبی و روماتوئید)، احتمال افسردگی دو برابر و در افراد سیگاری سالم چهار برابر می‌باشد (۹۷) **وابستگی:**

میزان وابستگی تعیین شده با آزمون فاگرتروم (۸۱) نشان دهنده نتیجه ترک می‌باشد، به ویژه زمانی که از درمان دارویی استفاده نشود (۸۲) دارو درمانی مناسب می‌تواند بار اضافی وابستگی شدید را تا اندازه زیادی کاهش دهد. در بیماران تنفسی سیگاری به ویژه افراد سیگاری مبتلا به COPD وابستگی به دخانیات بیشتر می‌باشد. امتیاز افراد سیگاری مبتلا به COPD در آزمون فاگرتروم بیش از افراد سیگاری عادی است (۱۱۲-۱۱۱) چنین نتیجه‌ای در امتیازات بیماران مبتلا به سرطان ریه نیز دیده می‌شود (۱۱۴-۱۱۳) مطالعه‌ای در اسپانیا نشان داده است که افراد سیگاری مبتلا به COPD بیشتر از افراد سیگاری سالم به نیکوتین وابسته می‌باشند (امتیاز آزمون فاگرتروم: به ترتیب ۴/۷ در برابر ۳/۱،  $p < 0.001$ ). این مطالعه نشان می‌دهد که فقط ۱۰٪ از

افراد سیگاری سالم وابستگی شدید دارند در حالیکه ۲۸٪ افراد سیگاری مبتلا به COPD، دارای وابستگی شدید بوده، همچنین تقریباً ۶۰٪ افراد سیگاری سالم در برابر یک سوم افراد سیگاری مبتلا به COPD، دارای وابستگی کم می‌باشند. (۸۷) کسب هر امتیاز در آزمون فاگرتروم، احتمال بروز COPD را ۱۱٪ افزایش می‌دهد. (۱۱۵) در افراد دارای وابستگی شدید یعنی افرادی با مصرف زیاد سیگار و یا غلظت بالای کورتیزین و مونوکسیدکربن، احتمال مرگ ناشی از مصرف سیگار بسیار زیاد می‌باشد. براساس مطالعه فوق (۸۷) در افراد سیگاری مبتلا به COPD، غلظت مونوکسیدکربن بازدمی بیشتر از افراد سیگاری سالم بوده است (به ترتیب ۱۹/۷ در برابر ۱۵/۴ ppm،  $p < 0.0001$ ). این وابستگی شدید خطر ابتلا به بیماری‌های تنفسی را افزایش داده، ترک سیگار را مشکل می‌سازد و باعث می‌شود افراد سیگاری سرسخت و بسیار وابسته به نیکوتین، به مصرف سیگار خود ادامه دهند.

#### الگوی استنشاق دود سیگار:

افراد سیگاری مبتلا به COPD در مقایسه با افراد سیگاری سالم تمایل دارند دود سیگار را با شدت و سرعت بیشتری فرو دهند (۱۱۶-۱۱۱) از آنجایی که افراد سیگاری عموماً مایلند دود سیگار را در دو مرحله فرو دهند، ابتدا دود سیگار را درون دهان نگاهداشته و سپس آنرا به ریه‌ها می‌فرستند، اما به نظر می‌رسد افراد سیگاری مبتلا به COPD این دود را مستقیماً به ریه‌ها می‌فرستند این عمل باعث می‌شود ریه‌ها در معرض دودی با حرارت بیشتر قرار گیرند. همچنین به دلیل ضعف‌های فیزیولوژیکی ناشی از COPD، ممکن است برخورد با ذرات افزایش یابد. (۱۱۷) از طرفی دیگر این افراد با ایجاد جریان‌های کوچک هوایی که به بسته شدن راه‌های هوایی و افزایش مقاومت منجر می‌شود، ممانعت‌های اولیه جریان هوا را بوجود می‌آورند، یعنی به دلیل تنفس نامنظم، تخلیه به صورت کامل انجام نمی‌شود و گنجایش ریه به نقطه تعادل طبیعی کاهش نمی‌یابد. بنابراین جریان هوا با مشکل روبرو می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش شدت ممانعت جریان هوا، برخورد با ذرات ناشی از دود افزایش یافته و کاهش جریان هوای بازدمی را سرعت می‌بخشد. **تلمه دارم.**

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

فرم نظرسنجی را به آدرس: تهران- نیورن - درآید- بیمارستان دکتر مسیح طبشوری- مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات پست نمائید یا به شماره ۰۲۶۱۰۹۵۱۵ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: [www.ipccr.ac.ir](http://www.ipccr.ac.ir) ارسال نمائید.

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟

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

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

۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟

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

۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

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

۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟

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

۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی       ب- تخصصی       ج- معمولی       د- غیرعلمی       ه- بسیار پایین

۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی       ب- تخصصی       ج- معمولی       د- غیرعلمی       ه- بسیار پایین

۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟

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

۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟

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

۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟

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

۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟

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

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

الف- زیاد       ب- مناسب       ج- کم

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

الف- سخن روز .....      ب- فعالیتهای مرکز .....      ج- اخبار داخلی .....      د- اخبار بین الملل .....  
 ه- مقالات برگزیده .....      و- زیر ذره بین .....      ز- صفحه آخر .....

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

**پیشنهادها و انتقادات:**





# LIGHTS سریعتر می کشد!

Armaghan Behbood Iranian  
Tel: +98 21 22 66 36 26

ارمغان بهبود ایرانیان  
تلفن : ۲۲۶۶۳۶۲۶

مشاوره تلفنی ترک سیگار

۲۶۱۰۹۵۱۵



مراکزی که می‌توانند شما را درباره دخانیات راهنمایی کنند

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
نیاوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تلفن: ۲۶۱۰۹۹۹۱ و فکس: ۲۶۱۰۹۳۸۴

کلینیکهای ترک سیگار

میدان شهدا - خیابان پیروزی - نبش شیخ الرئیس - پلاک ۲ - تلفن: ۳۳۷۹۶۳۰۲

کلینیک بیمارستان مسیح دانشوری - تلفن: ۲۷۱۲۲۰۷۰

کلینیک تنفس: میدان ونک اول خیابان ملاصدرا - خیابان شاد - شماره ۵ طبقه سوم - تلفن: ۸۸۸۸۳۰۹۷

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

خیابان ولی عصر - خیابان فتحی شقاقی - کوچه شهید فراهانی پور - شماره ۴

ساختمان جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تلفن: ۸۸۱۰۵۲۱۶ - ۸۸۱۰۵۲۱۷

برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به سایتهای زیر مراجعه کنید

[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

[www.fctc.org](http://www.fctc.org)

[www.surgeoneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeoneral.gov/tobacco/default.htm)

[www.tobaccopedia.org](http://www.tobaccopedia.org)

[www.tobaccocontrol.com](http://www.tobaccocontrol.com)

[www.globalink.org](http://www.globalink.org)

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

[www.quit.org.au](http://www.quit.org.au)

[www.ashaust.org.au](http://www.ashaust.org.au)