

شماره ۱۳۳ ۱۳۸۸ اردیبهشت رویش



مرکز تحقیقات، پیشگیری و کنترل دخانیات
مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی
بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی

با همکاری:

معاونت تحقیقات و فن آوری اطلاعات وزارت بهداشت
معاونت سلامت وزارت بهداشت
جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران



رویش

ماهنامه علمی آموزشی
شماره ۳۳ اردیبهشت ۱۳۸۸

فهرست

- | | |
|-------|--|
| ۱ | معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات |
| ۲ | سخن روز |
| ۳ | فعالیت‌های مرکز |
| ۴-۵ | اخبار کشوری
دخانیات علیه دخانیات
ابراز امیدواری نسبت به دولتی ماندن صنعت دخانیات |
| ۶-۷ | اخبار بین‌الملل
افزایش مالیات دخانیات برای افراد سیگاری در ایالات متحده آمریکا
طرح موفقیت آمیز ممنوعیت سیگار در انگلیس
یونان، بیشترین مصرف‌کننده سیگار در اروپا |
| ۸-۹ | زیر ذره‌بین
بارداری، دخانیات، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد
اهداف کمیاب‌های دخانیات |
| ۱۰-۱۱ | مقالات منتخب
قانون بودجه و دخانیات
اثرات دخانیات بر پرودونشیوم |

با همکاری:

دکتر محمدرضا مسجدی
دکتر غلامرضا حیدری
دکتر هومن شریفی
پریزاد سجنانی
علیرضا مظفریان
سعیده طباطبائی زاده
طراح و صفحه آرا: فائزه صفرعلی
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه
لیتوگرافی، چاپ و صحافی:

لطفاً این صفحه را بخوانید!

مصرف قلیان
روش بهداشتی مصرف دخانیات نمی‌باشد.



مرکز تحقیقات
پیشگیری و کنترل دخانیات
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

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 ۶ 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.



سخن روز

در ماههای گذشته شاهد اولین تجربه کشور در زمینه درج هشدارهای بهداشتی بر روی بسته‌های سیگار بودیم. مطابق قانون جامع کنترل دخانیات و معاهده جهانی کنترل دخانیات وظیفه تمامی کشورهاست تا مصرف‌کنندگان محصولات دخانی را از طبیعت بیماریزا و آثار شوم این محصولات آگاه سازند. تجربه الصاق هشدارهای نوشتاری و تصویری در بسیاری از کشورها از دهه‌های گذشته شروع شده بود. در کانادا از سال ۱۹۷۲ این تجربه آغاز شد و اولین هشدار نوشتاری که «از استنشاق دود سیگار پرهیز کنید» سالها روی بسته های سیگار در این کشور به چشم می‌خورد و شرط فروش محصولات دخانی چاپ این هشدارها بر روی بسته‌های سیگار توسط کمپانیهای سازنده این محصولات بود ولی در همین کشور بعد از چند سال به این نتیجه رسیدند که باید اطلاعات بهتر و کاملتری در اختیار افراد سیگاری قرار دهند. تجربه می‌گوید با وجود الصاق این هشدارها برای حدود ۴۰ سال، حتی سیگاریهای قهار قادر نیستند تا تمام بیماریهای مرتبط با استعمال دخانیات را ذکر کنند! و این حقیقت که در طی ۴۰ سال گذشته در کشورهایی مانند کانادا، این « هشدارهای نارسا» فقط «حذف واقعیت» بودند بیش از پیش ما را نگران می‌کند. در طی ماههای گذشته هشدارهایی روی بسته‌های سیگار چاپ شده‌اند که نه کیفیت تصویری خوبی دارند و نه پیام نوشتاری واقعی ارائه می‌دهند. نمی‌خواهیم منکر سعی و کوشش مستمر مسئولین در راه‌اندازی سیستم نصب هشدارهای بهداشتی در طی چند سال اخیر باشیم ولی امیدواریم که بتوانیم از این فرصت نهایت استفاده را بکنیم و «فرصت» را تبدیل به «مانعی» برای رساندن پیام سلامتی به هموطنانمان نکنیم.

امضای تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و کرمان:

بدنبال مکاتبات در طی ماه‌های گذشته میان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و کرمان در نهایت تفاهم‌نامه همکاری‌های تحقیقاتی، پژوهشی و آموزشی بین مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات با این دانشگاهها منعقد گردید. این یادداشت‌های تفاهم که با عنایت به رسالت مهم دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی در جهت رفع نیازهای علمی و عملی حوزه سلامت و نیز با توجه به معضلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مرتبط با مصرف دخانیات منعقد گردیده‌اند، به امضای رؤسای دانشگاه‌های مذکور و رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات رسیده است. حمایت از پژوهش‌های مرتبط و مساعدت جهت تعمیم برنامه‌های کنترل دخانیات در سراسر کشور از اهداف اصلی این تفاهم‌نامه ذکر شده است.



تعیین برنامه کاری سال ۸۸ در جلسه شورای پژوهشی:

در چهاردهم اردیبهشت ماه سال جاری جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات با حضور تمامی اعضاء برگزار گردید. در طی این جلسه ضمن ارائه گزارش عملکرد سال گذشته توسط دبیر شورای پژوهشی و توضیحات مسئولین هر کدام از برنامه‌های فوق، نقاط قوت و ضعف برنامه‌های سال گذشته توسط اساتید مطرح شد. همچنین در طی این جلسه رئوس برنامه‌های اصلی مرکز تحقیقات ارائه شد و مطابق نظر اعضاء جداول زمانی مربوط به هر کدام از برنامه‌ها، و مسئول هر کدام از برنامه‌ها نیز مشخص گردیدند.

دخانیات علیه دخانیات



شرکت دخانیات ایران یکی از بنگاه‌های اقتصادی کشورمان است که به دلیل شرایط ویژه و منحصر به فردی که دارد، مجبور است بخش مهمی از درآمد خود را صرف مبارزه با محصولاتی کرده که خود آنها را تولید می‌کند!

این شرکت همچنین علاوه بر این که از انجام تبلیغات برای محصولات تولیدی خود به شدت منع شده، موظف است بر اساس قانون با نصب برچسب‌های هشداردهنده روی سیگارهای تولیدی خود، افراد را نسبت به تبعات مصرف چنین محصولاتی آگاه کند.

با تدوین قانون مربوط به افزایش قیمت مواد دخانی و مالیات بر سیگار (۱۰ درصد سیگار داخلی و ۲۰ درصد سیگار خارجی)، سالانه بیش از ۱۵۰ میلیارد تومان درآمد نصیب کشور می‌شود که از این میان به علت عدم پرداخت شرکت دخانیات و گمرک، تنها حدود ۶۸ میلیارد تومان دریافت شده که سهم مهمی از آن باید صرف پیشگیری و کنترل مصرف مواد دخانی و اقدامات ترک آن شود.

درآمد دولت از فروش سیگار به ویژه در سال‌های پس از آزادسازی واردات این محصول دخانی در سال ۱۳۸۰، افزایش چشمگیری داشته؛ به طوری که این میزان در سال ۱۳۸۵ به بیش از ۱۸۰ میلیارد و ۴۰۰ میلیون تومان رسید؛ هر چند هنوز آمار رسمی مربوط به درآمد دولت از فروش سیگار در سال ۸۷ هنوز از سوی سازمان حسابرسی کل کشور منتشر نشده است، اما به نظر می‌رسد باید رشد قابل توجهی نسبت به سال ۸۶ داشته باشد. اما نکته جالب اینجاست که افزایش قیمت سالانه سیگار در کشور کمتر از نرخ تورم سالانه کشور بوده و همین امر از سویی علاوه بر اینکه درآمدهای دولت را از بابت فروش سیگار در کشور افزایش داده، از سوی دیگر با کاهش واقعی قیمت سیگار در بازار عملاً تقاضا برای خرید این محصول را افزایش داده است.

بر اساس بند «و» تبصره ۱۴ لایحه بودجه سال ۸۶ دولت اجازه خواهد داشت، معادل پنج درصد قیمت هر نخ سیگار تولید داخل و ۱۰ درصد قیمت سیگار وارداتی را افزایش دهد؛ این در حالی است که در لایحه بودجه سال گذشته افزایش نرخ سیگار خارجی ۲۰ درصد و سیگار داخلی ۱۰ درصد در نظر گرفته شده بود.

علاوه بر این هم اکنون ۵۰ نوع سیگار از کشورهای مختلف وارد بازار ایران می‌شود که با احتساب نامهای تجاری داخلی این تنوع به بیش از ۶۰ نام تجاری نیز بالغ می‌شود. براساس آمار منتشر شده میزان مصرف سیگار کشور طی سال ۸۶، بیش از ۵۸ میلیارد نخ بود که افزایش دو میلیاردی نسبت به سال قبل از آن داشت. از این میزان حدود ۱۵/۵ میلیارد نخ تولید داخل، ۱۷۷ میلیارد نخ تولید مشارکتی نامهای تجاری خارجی و حدود ۳۱ میلیارد نخ نیز واردات و قاچاق بوده است. باید به تمام این موارد آمار سازمان بهداشت جهانی خواربار و کشاورزی ملل متحد را نیز افزود که اعلام کرده است، ایران پانزدهمین واردکننده سیگار در جهان بوده و سیگار و توتون از نظر ارزش چهارمین محصول وارداتی ایران به حساب می‌آید. بنابراین شرکت دخانیات ایران در کنار پیگیری برنامه‌هایی مانند خودکفایی در تولید سیگار و مبارزه با مافیای سیگار باید توجه بیشتری نسبت به مسئله مهم مبارزه با دخانیات داشته باشد.

اطلاعات - فروردین ۸۸

ابراز امیدواری نسبت به دولتی ماندن صنعت دخانیات



مدیرعامل شرکت دخانیات ایران گفت: امیدواریم قانون انحصار دخانیات همچنان پا بر جا بماند.

محمود ابطحی در این خصوص افزود: تاکنون خصوصی‌سازی صنایع دخانی در تعدادی از کشورها تجربه شده که نتایج مثبتی به همراه نداشته است.

وی افزود: به عنوان مثال زمانی که دولت ترکیه صنایع دخانی این کشور را خصوصی کرد، طی مدت سه سال مصرف محصولات دخانی در این کشور به بیش از سه برابر افزایش یافت.

به گفته این مقام مسئول حتی در کشور توسعه‌یافته‌ای مانند فرانسه نیز امور مربوط به صنایع دخانی مانند تولید و پخش همچنان در انحصار دولت باقی مانده است.

اطلاعات - اسفند ۸۷



افزایش مالیات دخانیات برای افراد سیگاری در ایالات متحده آمریکا



طرح موفقیت آمیز ممنوعیت سیگار در انگلیس

ممنوعیت کشیدن سیگار در اماکن عمومی انگلستان که امسال دومین سالگرد خود را شاهد است باعث افزایش تعداد افرادی شده که سیگار را با موفقیت ترک کرده‌اند.

به نقل از Guardian، تحقیقات نشان داده که در ۹ ماه سال ۲۰۰۷ از آوریل تا دسامبر حدود ۲۳۵ هزار نفر برای ترک سیگار اقدام کرده‌اند که نسبت به سال قبل با ۲۲ درصد افزایش روبرو شده است. آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت انگلستان به عنوان مدرکی برای اثبات این موضوع است که ممنوعیت کشیدن سیگار در اماکن عمومی این کشور طرحی موفق بوده است.

براساس این آمار تعداد سیگاریهایی که این ممنوعیت را در خانه خود هم اعمال کرده‌اند ۶۷ درصد بوده‌اند که این میزان تا پیش از اعمال این قانون ۶۱ درصد بوده است. ۸۰ درصد افرادی که در نظرسنجی این وزارت شرکت کرده‌اند نیز معتقدند که ایجاد این ممنوعیت کار خوبی بوده است. بنیاد ریه انگلستان هم اعلام کرد که این ممنوعیت باعث شده تا بسیاری از افرادی که دارای مشکلات ریوی بوده‌اند دیگر نیاز به مراجعه به بیمارستان نداشته باشند و همچنین باعث نجات جان عده زیادی شده است.

www.guardian.bz

با روی کار آمدن دولت اوباما، قانون اخذ مالیات سیگار در آمریکا تغییر کرد و به بیشترین میزان خود در طول تاریخ این کشور رسید. این مالیات که تقریباً سه برابر سابق گردیده است برای هر پاکت سیگار معادل بیش از یک دلار می‌باشد.

دولت جدید قصد دارد هزینه بدست آمده از این مالیاتها را صرف مراقبتهای بهداشتی برای کودکان بیمه نشده نماید.

مبلغان بهداشت معتقدند که افزایش مالیات سیگار به هنگام چنین رکود اقتصادی، اقدام مناسبی می‌باشد زیرا باعث می‌شود بسیاری از مردم مصرف سیگار را ترک نمایند.

در چنین وضعیتی یک فرد سیگاری با مصرف روزانه ۲۰ نخ سیگار، مجبور است سالانه ۲۲۵ دلار اضافه‌تر نسبت به قبل بپردازد. افزایش مالیاتهای مشابه برای سیگار برگ، توتون پیپ و تنباکوی جویدنی نیز در حال تصویب است.

<http://news.bbc.co.uk/1/hi/americas/7976225.stm>



یونان، بیشترین مصرف‌کننده سیگار در اروپا

براساس مطالعاتی که در کمیسیون اروپا به چاپ رسیده است، در اروپا از هر ۱۰ فرد ۱۶ سال به بالا، ۳ نفر سیگاری می‌باشند که کشور یونان در صدر این کشورها قرار دارد. اکثر این افراد سیگاری طی نظرسنجی اعلام کردند که بطور دائم سیگار مصرف می‌کنند در حالیکه فقط ۵ درصد از ۲۶۵۰۰ فردی که در نظرسنجی شرکت کردند، بطور تفننی سیگار می‌کشند.

در بین کشورهای اروپایی، یونان با ۴۲ درصد دارای بیشترین آمار افراد سیگاری روزانه و تفننی می‌باشد. بعد از یونان، بلغارستان با ۳۹ درصد و سپس لاتویا با ۳۷ درصد دارای بیشترین افراد سیگاری می‌باشند.

از سوی دیگر ۲۵ درصد مردم کشور سوئد و ۲۲ درصد اسلواک‌ها سیگاری بودن خود را ابراز داشتند. ۳۴ درصد مردم فرانسه نیز سیگاری می‌باشند در حالیکه آمار افراد سیگاری انگلستان ۲۸ درصد است. ۲۲ درصد افراد شرکت‌کننده در نظرسنجی اعلام کردند که سیگار را ترک کرده‌اند، حال آنکه ۴۶ درصد آنها هرگز سیگار مصرف نکرده‌اند.

اکثریت شرکت‌کنندگان در این نظرسنجی با ایجاد اماکن عمومی عاری از دخانیات مانند ادارات، رستورانها و بارها موافق بودند.

همچنین کمتر از یک سوم آنها معتقدند که درج هشدارهای بهداشتی بر روی پاکت‌های سیگار مؤثر بوده است و فقط یک پنجم افراد سیگاری بیان می‌کنند که چنین تبلیغاتی باعث کاهش مصرف و ترک آنها شده است. همچنین از هر ۱۰ فرد سیگاری یک نفر طی یک سال گذشته برای خرید سیگار ارزانتر به یک کشور اروپایی دیگر رفته‌اند در حالیکه ۱۲ درصد آنها چنین اقدامی را قاچاق می‌دانستند.

www.eubusiness.com/news-eu/1238427122





تحریکها در مغز کامل نمی‌باشد. همچنین مادرانی که در طول بارداری و پس از زایمان سیگار مصرف می‌کنند بطور چشمگیری احتمال مرگ نوزادانشان را بوسیله سندرم مرگ ناگهانی نوزاد افزایش می‌دهند.»
به گفته وی، اگر چه علت دقیق «سندرم مرگ ناگهانی نوزاد» مشخص نمی‌باشد ولی این تحقیق نشان می‌دهد که علت آن می‌تواند ناشی از نقص روند تحریک ناشی از خواب در پاسخ به یک شرایط تهدیدآمیز می‌باشد
این مطالعه که در مجله «Sleep» نیز به چاپ رسیده است، ۱۲ نوزاد سالم را مورد بررسی قرار داده است که مادرانشان در طول بارداری بطور میانگین روزانه ۱۵ نخ سیگار می‌کشیدند. پاسخ تحریکهای آنها در طول خواب روز تحت نظر بوده و با نوزادان مادران غیرسیگاری مورد مقایسه قرار گرفتند.

www.upi.com/Health_News/2009/04/06/pregnancy-tobacco-smoking

بارداری، دخانیات، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد

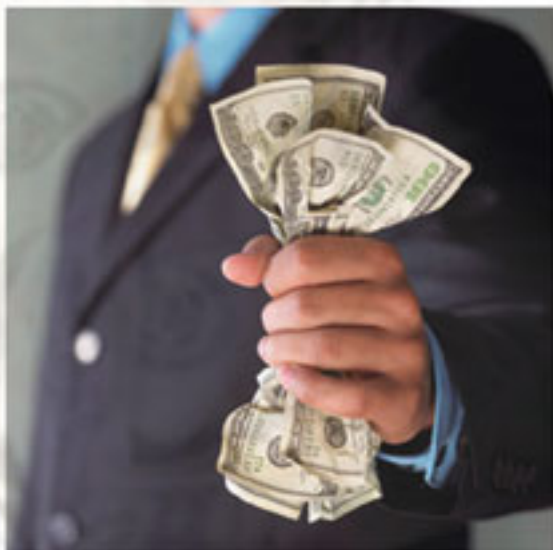
به گفته محققان استرالیایی، نوزادانی که از مادران سیگاری متولد می‌شوند کندتر از خواب بیدار می‌شوند و این حقیقت می‌تواند با سندرم مرگ ناگهانی نوزاد در ارتباط باشد.

Heidi Richardson و Rosemary Horne دانشجویان دکترای دانشگاه Monash، نوزادانی را که در طول دوران جنینی و پس از به دنیا آمدن در معرض دود دخانیات بوده را با نوزادانی مقایسه کردند که در محیطهای عاری از دخانیات زندگی می‌کردند.

به گفته Horne این مطالعه نشان می‌دهد که استعمال دخانیات مادر در طول بارداری باعث می‌شود نوزاد قادر به پاسخ به محرکهای خارجی نگردد و در نتیجه احتمال خطر وقوع سندرم مرگ ناگهانی نوزاد نیز افزایش می‌یابد.

وی همچنین ابراز داشت: «در نوزادان مادران سیگاری مجموع تحریکها کافی نبوده و پیشرفت پاسخ به

اهداف کمپانیهای دخانیات



از مصرف دخانیات بعنوان بزرگترین همه‌گیری در جهان در قرن بیستم نام می‌برند، همه‌گیری که در قرن گذشته بیش از یکصد میلیون نفر را در سراسر جهان از بین برد. هر چند به نظر می‌رسد خیلی زود باشد که از تبعات استعمال دخانیات در قرن بیست و یکم صحبت کنیم ولی اگر پیش‌بینی کارشناسان در این مورد درست باشد، با یکی از بزرگترین مصائب تاریخ بشریت روبرو می‌شویم و بیش از یک میلیارد انسان در قرن بیست و یکم در اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست خواهند داد.

وقتی به اتفاقات و تاریخچه استعمال دخانیات و صنعت دخانیات در قرن گذشته نگاه کنیم بطور قطع تولید اولین سیگار صنعتی در سال ۱۹۱۳ بنام CAMEL در آمریکا نقطه آغازین فعالیت این صنعت مرگبار بود. بسیاری از عوامل باعث شدند که سیگارهای صنعتی خیلی زودتر از باور تولیدکنندگان رونق پیدا کند؛

صنعتی شدن تولید سیگار، انحصار چند کمپانی بر قدرت و چند ملیتی، حمل و نقل سریع و تبلیغات غیرمستقیم محصولات دخانی از مهمترین این عوامل بودند. با این روند سریع حتی خود آمریکاییها هم باور نمی‌کردند که بین سالهای ۱۹۱۳ تا ۱۹۶۳ میزان استعمال دخانیات در کشور خودشان بیش از سه برابر افزایش یابد و از این رو بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۳ با تلاشهای همه جانبه به دو هدف مهم رسیدند:

۱) کاهش شیوع استعمال دخانیات در آمریکا
۲) افزایش شیوع استعمال دخانیات در بقیه نقاط دنیا!
هنوز هم این تلاشها به قوت خود باقی هستند و ثمره این اقدامات شوم وجود ۸۴ درصد افراد سیگاری در کشورهای در حال پیشرفت است.
اهدافی که کمپانی‌های تولیدکننده سیگار دنبال می‌کنند را می‌توان به روشنی دریافت. از مهمترین و واضحترین این اهداف می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.



- ۱- یک میزان ثابت از مصرف سیگار برای هر فرد در کشورهای در حال توسعه به میزان ۱۵۰۰ سیگار در سال.
- ۲- دستکاری محتویات سیگار برای چندین برابر کردن میزان وابستگی و اعتیاد به آن.
- ۳- تولید سیگارهایی با میزان قطران بالاتر (ماده سرطانزای اصلی سیگار)
- ۴- فروش سیگار بدون نصب هشدارهای بهداشتی
- ۵- تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم (مانند تبلیغ اجناسی با نامهایی مشابه Brand های معروف سیگار مثل Diplomat یا Merit در غالب کیف‌های تبلیغاتی یا وسایل بهداشتی یا آدامس و خمیر دندان)
- ۶- ممانعت از اطلاع‌رسانی توسط رسانه‌های جمعی
- ۷- مظلوم‌نمایی صنایع دخانی از لحاظ بودجه و امکانات برای همراهی با سیاستهای کنترل دخانیات دولت‌ها و سازمانهای مردم نهاد
- ۸- ترویج و اشاعه باورها و اطلاعات نادرست در مورد استعمال دخانیات
- ۹- ایجاد فشارهای اقتصادی و سیاسی به کشورهای مصرف‌کننده دخانیات

هفته‌نامه سلامت اسفند ۸۷

به نقل از دکتر هومن شریفی

قانون بودجه و دخانیات

نویسنده: دکتر رحمت‌اله حافظی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

برگرفته از کتاب خلاصه مقالات کنگره دخانیات و سلامت - بندر عباس ۱۳۸۷

- به استناد این قانون و به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات با ترکیب وزرای بهداشت درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، آموزش و پرورش، بازرگانی، فرمانده نیروی انتظامی و دو نفر از نمایندگان عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و نماینده سازمانهای غیردولتی مرتبط با دخانیات تشکیل گردید.

به استناد بند «ط» تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۸۵ کشور «به دولت اجازه داده می‌شود معادل ۱۰٪ هر نخ سیگار تولید داخل و ۲۰٪ قیمت سیگار وارداتی را افزایش داده، به منظور توسعه مبارزه با دخانیات، گسترش شبکه بهداشتی، کمک به تحقیقات در مورد بیماریهای ناشی از سیگار، کنترل بیماریهای سل و سرطان و بیماریهای ریوی و همچنین سازمان تربیت بدنی جهت گسترش فضاهای ورزشی قرار دهد.» بر این اساس نیز آیین‌نامه اجرایی بند «ط» تبصره ۱۴ توسط هیئت محترم دولت به تصویب رسید.



بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی حدود ۱/۲۵ میلیارد نفر سیگاری در دنیا وجود دارد که این میزان برابر یک سوم جمعیت گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر در جهان می‌باشد. حدود هشتصد میلیون نفر از این جمعیت سیگاری در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که هفتصد میلیون نفر از این افراد را مردان تشکیل می‌دهند. بطور تقریبی در کشورهای توسعه یافته یک سوم افراد سیگاری را زنان تشکیل می‌دهند که این رقم در کشورهای در حال توسعه به یک هشتم تقلیل می‌یابد. پیش‌بینی می‌شود چنانچه مداخله‌ای در کنترل مصرف سیگار صورت نپذیرد تعداد افراد سیگاری تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۶۴ میلیارد نفر افزایش یابد.

ایران پانزدهمین کشور وارد کننده سیگار در دنیا می‌باشد و تعداد افراد سیگاری در آن به حدود ده میلیون نفر می‌رسد که این تعداد در سال حدود ۵۷/۸ میلیارد نخ سیگار استفاده می‌کنند که ۲۵ درصد آن تولید داخل و ۷۵ درصد مربوط به واردات و قاچاق سیگار می‌باشد و سالانه حدود ۵۰ هزار نفر از آنان به علت عوارض ناشی از مصرف دخانیات دچار مرگ و میر می‌شوند. از نظر آماری ارزش ریالی سیگارهای مصرفی سالانه حدود یکپهزار میلیارد تومان و هزینه استعمال سیگار و درمان بیماریهای ناشی از آن روزانه حدود ۹۰ میلیارد ریال می‌باشد.

قوای مقننه و مجریه در کشور ما به منظور کاهش مصرف دخانیات و مبارزه با عوارض ناشی از آن تمهیداتی اندیشیده‌اند:

- در اجرای اصل یکصد و بیست و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که با عنوان طرح جامع کنترل و مبارزه با دخانیات به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد با تصویب در جلسه علنی مورخ ۸۵/۶/۱۵ و تأیید شورای محترم نگهبان ابلاغ گردید.

نویسنده: دکتر غلامعلی نجفی پاریزی
 استادیار بخش پرودانتیکس دانشکده دندانپزشکی کرمان
 برگرفته از کتاب خلاصه مقالات کنگره دخانیات و سلامت - پندر عباس ۱۳۸۷



کاهش می‌یابد بنابراین در این افراد افت سطح سرمی IgGs را شاهد خواهیم بود. نوتروفیل‌های افراد سیگاری مبتلا به پرودونتیت مقاوم به درمان دچار اختلال در عمل کموتاکسی، فاگوسیتوز و اپسونیزاسیون می‌باشد. نشان داده شده است که نیکوتین موجب کاهش جریان خون لثه‌ای می‌شود و دارای اثر منفی بر روی تشکیل مجدد عروق (Revascularization) در بافت نرم و سخت می‌گردد. ترمیم بافت با توجه به اثر سمی نیکوتین بر فیبروبلاستها (کاهش رشد) پرولیفراسیون و سنتر پروتئین توسط فیبروبلاستها با تأخیر صورت می‌گیرد. مطالعات متعدد نشان داده است که میزان موفقیت Implant برای غیرسیگاریها در مقایسه با سیگاریها بیشتر است. ارتباط بین مصرف تنباکوی غیرتدخینی و اسکواموس سل کارسینوما و ضایعات سفید در حفره دهان بخوبی مشخص گردیده است.



پرودونشیوم از بافت‌های در برگیرنده و محافظت کننده دندان شامل (لثه، لیگامان پرودونتال و استخوان آلوئول) تشکیل شده است. بیماریهای پرودونتال گروهی از بیماریهای التهابی بوده که سبب تخریب بافتهای حمایت کننده دندانها گردیده و منجر به از دست دادن دندانها می‌گردد. عامل اصلی بیماریهای پرودونتال پلاک میکروبی و ماتریا آلیا (ماده سفید) می‌باشد، همراه با عامل اصلی یکسری فاکتورهای مستعدکننده شامل (جرم دندان، رستوریشن‌های معیوب، آسیب‌های ناشی از اقدامات خود فرد و استفاده از دخانیات و غیره) نیز وجود دارند. در مطالعاتی که سطح پلاک میکروبی برای گروههای سیگاری و غیرسیگاری در یک حداقل نگهداری می‌شد، سیگاریها دارای نواحی با پاکتهای عمیق و Attachment loss و تحلیل استخوان بیشتر نسبت به غیر سیگاریها بودند. سیگاریها ۶-۲۱٪ برابر بیش از غیرسیگاریها دچار بیماریهای پرودونتال می‌شوند. Mac farlane و همکارانش گزارش کردند که بیش از ۹۰ درصد بیماران مبتلا به Refractory periodontitis (پرودونتیت مقاوم به درمان) سیگاری بودند و این در مقایسه با حدود ۳۰٪ درصد جمعیت عمومی است که سیگار می‌کشند. در بیمارانی که تحت فاز نگهداری (Maintenance) پرودونتال قرار دارند و سیگار می‌کشند احتمال آنکه دندانهایشان را از دست بدهند در مقایسه با بیماران مشابه که سیگار نمی‌کشند در یک دوره ۵ ساله دو برابر بیشتر است. کشیدن سیگار یکی از مهمترین عوامل خطر (Risk Factor) است که برای پیش‌بینی ایجاد و شیوع، شدت و پیشرفت پرودونتیت در دسترس می‌باشد. پاسخ کاهش یافته میزبان نیز ممکن است در استعداد ابتلا فرد به بیماریها دخیل باشد. در سیگاریها تعداد لنفوسیت‌های T helper که برای تحریک عملکرد B-Cell ها جهت تولید آنتی بادی مهم هستند،