

# کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۸ اردیبهشت ۱۳۸۹

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۲۴/۳۴۴۲ مورخه ۱۳۸۸/۷/۲۷ هیات نظارت بر مطبوعات

صاحب امتیاز

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مدیر مسئول و سردبیر

دکتر غلامرضا حیدری

هیات تحریریه

دکتر حبیب امامی، دکتر مسلم بهادری،

دکتر علی رمضانخانی، دکتر بابک شریفکاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آربابپور،

دکتر شبنم اسلامپناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی و مترجم

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همه‌نگی

علیرضا مظفریان

همکاران این شماره

دکتر فیروزه طلپس چی، مونا آقایی، نازی دوزنده طبرستانی

گرافیکست و صفحه آرا

فازده صفرعلی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۱۵-۲۶۱۰۶۰۰۳

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ

۱۰۰۰ نسخه

بها

۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.



# کنترل دخانیات

- ۳ معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
- ۴ سخن روز
- ۵ مقالات منتخب
- عوارض دهانی مصرف تنباکو  
فعالیت بخش سلامت دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی در ترک سیگار
- ۹ زیر ذره بین
- درمان جایگزین نیکوتین و مشاوره‌های مربوطه با استفاده از محیط‌های دندانپزشکی
- ۱۱ اخبار بین‌المللی
- اخبار مرتبط با تحقیق در رشته دندانپزشکی در زمینه پیشگیری و کنترل دخانیات
- ۱۳ اخبار کشوری
- طراحی اولین برنامه آموزشی، پژوهشی کنترل دخانیات در حوزه سلامت دهان و دندان
- ۱۵ ما توانستیم، شما هم می‌توانید
- ما توانستیم، شما هم می‌توانید
- ۱۷ فعالیتهای مرکز
- ارائه گزارش نهایی طرح «بررسی آگاهی و نگرش و وضعیت استعمال دخانیات در ورزشکاران تیمهای ملی ایران» توسط خانم دکتر زهرا حسامی برگزار کرد. کارگاه دخانیات ویژه کارشناسان بهداشت محیط
- ۱۹ معاهده جهانی کنترل دخانیات
- معاهده بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات
- ۲۱ نشستی با صاحب‌نظران
- مهمان ویژه این شماره: دکتر زهرا حیدری صبی
- ۲۳ مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
- راهنمای ترک سیگار، شما می‌توانید



## 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

همیشه در مورد ضررهای سیگار به فکر سرطان ریه و سکنه‌های قلبی می‌افتیم. شاید برونشیت مزمن نیز برایمان تداعی گردد. ولیکن بسیاری از بیماریهای مهم دیگر نیز وجود دارد که ارتباط تنگاتنگی با مصرف سیگار داشته‌اند. از جمله این بیماریها می‌توان از سرطان مثانه، حنجره، زخم دستگاه گوارش و یا حتی ناتوانی‌های جنسی نام برد. یک گروه از بیماریهای مهم دیگر که عمدتاً از یاد می‌رود بیماریهای دهان و دندان می‌باشد. بسیاری از زخم‌های مخاط دهان و سرطان‌های لب و زبان و نیز عفونت‌های دندانی و عدم بهبود بوسیدگی‌های دندانی در افراد سیگاری بیشتر دیده می‌شود که این جدا از تغییر رنگ و زرد شدن مخاط دهان و دندان‌ها بوده که عمدتاً در افراد سیگاری شایع است. همین مطلب می‌تواند زمینه‌ساز بیماری‌های وخیم بعدی گردد. حتی «زبان مودار» (حالتی که مخاط چشایی روی زبان بیش از حد معمول رشد کرده و سیاه رنگ می‌شوند) در افراد سیگاری بیشتر مشاهده می‌گردد.

برگزاری سومین سمینار ملی و دومین کنگره منطقه‌ای ملاحظات دندانپزشکی در بیماران خاص فرصتی را بوجود آورد که به همه این مطالب اشاره کنیم و گروه ویژه ما یعنی دندانپزشکان را مخاطب قرار دهیم.

سردبیر

## عوارض دهانی مصرف تنباکو

سیگار کشیدن PH بزاق افزایش می‌یابد ولی در زمان طولانی سیگاری‌ها، ممکن است PH بزاق پایین‌تری را تجربه کنند. در بعضی از سیگاری‌ها پدیده بافر ظرفیت پایین‌تری دارد. غلظت تیوسیانات در تنباکو و بزاق سیگاری‌ها نسبت به سایر افراد بیشتر است و پیش‌بینی می‌شود که در غلظت بالای آن، پوسیدگی دندانی کاهش یابد.

### پوسیدگی دندانی:

هنوز شواهد کافی برای اثر قطعی سیگار بر افزایش پوسیدگی دندانی وجود ندارد. اگرچه غالباً در سیگاری‌ها PH کاهش یافته و ظرفیت ظرفیت بافري پایین‌تر است. یک شیفت جمعیتی در فلور نرمال بزاق به سمت افزایش لاکتوباسیل‌ها و استرپتوکوک‌های پوسیدگی‌زا در سیگاری‌ها وجود دارد. این عوامل باعث می‌شود که ریسک پوسیدگی در این افراد افزایش یابد.

### تغییر رنگ دندانها:

سیگار کشیدن و مصرف تنباکوی بدون دود عامل تغییر رنگ دندانها، ترمیم‌ها و پروتزهای دندانی می‌باشد. اثر سیگار در تغییر رنگ بسیار بیشتر از قهوه و چای است.

### بوی بد دهان، تغییر حس چشایی و بویایی:

تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که قدرت درک بو و مزه غذا توسط سیگار کشیدن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین، سیگار کشیدن مهمترین عامل بوی بد دهان می‌باشد.

### بیماری‌های پریدونتال:

سیگار کشیدن با شیوع و شدت بیماری‌های پریدونتال رابطه مستقیمی دارد و سیگار می‌تواند یک ریسک فاکتور مهم در ایجاد بیماری پریدونتال تلقی شود. اگر چه اطلاعات موجود از رابطه بین تنباکوی بدون دود و بیماری پریدونتال شدید و جنرالیزه حمایت نمی‌کنند ولی تنباکوی بدون دود و ناس باعث تحلیل‌های موضعی لثه در محل قراردعی این مواد می‌شوند.

### ژنژیویت:

تحقیقات ابتدایی‌تر بر روی ارتباط سیگار کشیدن و ژنژیویت مزمن نشان می‌دهد که التهاب لثه و میزان پلاک در سیگاری‌ها بیشتر از افراد عادی است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که با کنترل سطح پلاک در افراد سیگاری التهاب لثه و خونریزی نسبت به افراد غیرسیگاری کاهش می‌یابد که علت این پیامد سرکوب التهاب لثه در افراد سیگاری است. بروز

نویسنده: دکتر حوری میر محمد صادقی، متخصص ارتودنسی، بخش جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
استفاده از تنباکو یک عامل مهم مرگ زودرس در جهان است که قابل پیشگیری است. حدود ۴/۹ میلیون نفر از مردم جهان در سال ۲۰۰۰ به علت بیماری‌های ناشی از استفاده تنباکو فوت شدند و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این آمار به ۱۵ میلیون نفر در سال برسد. طبق بررسی‌های انجام شده ۷۰٪ این افراد در کشورهای در حال توسعه هستند.

تنباکو به روش‌های بسیار متنوعی استفاده می‌شود که سیگار کشیدن شایعترین آنهاست. این ماده مخدر مهمترین ریسک فاکتور مستقل است که باعث پیشرفت سرطان‌های دهان، حنجره و لوله تنفسی- گوارشی فوقانی می‌شود. افراد سیگاری با اطلاع از اینکه سیگار برای سلامت آنها مضر است، با کمتر از واقعیت پنداشتن آن به عادت خود ادامه می‌دهند. در انگلستان دو سوم جمعیت از یتانسیل ایجاد سرطان توسط سیگار آگاهند، ولی افراد سیگاری بزرگی ریسک ابتلا خود را کمتر از واقعیت می‌پندارند. (۱)

سیگار کشیدن تقریباً تمامی بافت‌ها و سیستم‌های بدن فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی- عروقی به عنوان ریسک فاکتور مطرح است. همچنین تنباکو با بسیاری از دردها از جمله دردهای عضلانی- اسکلتی، آرتریت روماتوئید و فیبرومیالژی (Fibromyalgia) مرتبط است. (۲) عوارض دهانی استفاده از تنباکو بسیار متنوع است که فقط بعضی از این عوارض در این جا ذکر می‌شود. (۳، ۴، ۵)

### خط مشی تیم دندان پزشکی در مورد افراد سیگاری:

تیم دندانپزشکی باید آگاهی کامل از تأثیرات سیگار بر سلامت دهان و دندان داشته باشد. پرسنل دندانپزشکی باید همواره مشوق شرکت بیمار در برنامه‌های ترک سیگار باشند و پیام ترک سیگار را مرتباً به وی گوشزد نمایند. انجمنی از اتحادیه اروپا که بر روی تنباکو و سلامت دهان کار می‌کنند در حال تهیه یک دستورالعمل کاربردی در مورد ترک سیگار هستند.

### تأثیر سیگار بر روی بزاق:

سیگار کشیدن در کوتاه مدت باعث افزایش جریان بزاق غده پاروتید می‌شود ولی در طولانی مدت هیچ تفاوتی بین میزان بزاق افراد سیگاری و غیرسیگاری وجود ندارد. هنگام

### بیماریهای مخاط دهان از جمله کام سیگاری (Smoker's Palate):

کام سیگاری که بیشتر در استفاده‌کنندگان پیه مشاهده می‌شود، ضایعه‌ای بدون علامت است که پیش سرطانی نبوده و بعد از ترک عادت از بین می‌رود. گرانوزیس کام که در سیگارکشیدن معکوس (Reverse Smokers) دیده می‌شود، در بعضی از نقاط جهان شایع است و یک ضایعه پیش سرطانی است. نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که تنباکو بر روی ترمیم زخم به دنبال کورتاژ لثه، جراحی پرودنتال و کشیدن دندان تأثیر منفی می‌گذارد.



#### منابع:

1. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncology* 2005; 41: 244-260
2. Garcia B, Penarrocha M, Marti E, Gay-Escodad C, Arx T. Pain and swelling after periapical surgery related to oral hygiene and smoking. *Oral Surg Oral Med Oral Patho Oral Radio Endod* 2007; 104:271-6
3. Johnson NW, et al. Tobacco and oral disease. *Br Dent J* 2000; 189: 200-206.
4. Kaugars GE, Brandt RB, Chan W, Carcaise-Edinboro P. Evaluation of risk factors in smokeless tobacco-associated oral lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Patho Oral Radio Endod* 1991; 72:326-31
5. Al-Shammari KF, Moussa MA, Al-Ansari JM, Al-Duwairy YS, Honkala EJ. Dental patient awareness of smoking effects on oral health. Comparison of smokers and non-smokers. *Journal of Dentistry* 2006; 34: 173-178

ژنژیویت زخمی‌شونده نکرروزان یا Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis (ANUG) با سیگارکشیدن ارتباط مستقیم دارد.

#### پریودنتیت:

تحقیقات کنترل شده بر روی گروه بزرگی از افراد سیگاری طی ۲۰ سال گذشته نشان می‌دهد که شیوع و شدت بیماری پریودنتیت در افراد سیگاری به صورت از دست رفتن استخوان مارچینال، پاکت‌های عمیق پریودنتال، از دست دادن استخوان وسیع و درگیری فورکا در دندان‌های بیشتر بروز پیدا می‌کند.

#### درمان‌های پریودنتال:

تحقیقات بالینی نشان داده است که سیگارکشیدن بر روی موفقیت درمان‌های پریودنتال اثر منفی می‌گذارد. طبق تحقیقات، جراحی‌های بازسازی استخوان و درمان‌های غیرجراحی پریودنتال در بین سیگاری‌ها از موفقیت کمتری برخوردار هستند.

#### ایمپلنت‌های دندانی:

سیگارکشیدن مهمترین عامل از دست رفتن ایمپلنت به حساب می‌آید. شواهدی که مبنی بر اثر تنباکو بر روی موفقیت کوتاه مدت و طولانی مدت ایمپلنت‌های دندانی است به طور روز افزون افزایش می‌یابد. ترک سیگار می‌تواند باعث افزایش درصد موفقیت ایمپلنت‌های دندانی شود.

#### سرطان دهان:

سیگار و تنباکوی جویدنی تأثیرات مستقیم سرطان‌زایی بر روی سلول‌های اپیتلیالی مخاط دهان دارند. امروزه اعتقاد کلی بر این است که ریسک سرطان‌زایی سیگار برگ و سیگار یکسان است. با گذشت ۵ تا ۱۰ سال از ترک سیگار کاهش ریسک ابتلا به سرطان دهان مشاهده می‌شود. تنباکوی بدون دود (تنباکوی جویدنی و ناس) می‌تواند عامل ابتلا به سرطان دهان باشد.



## فعالیت بخش سلامت دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی در راستای پیاده سازی برنامه ترک سیگار

نویسندگان:

دکتر آرزو ابن احمدی - استادیار بخش سلامت دهان و دندان  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر محمدحسین خوشنویسان - استادیار بخش سلامت  
دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر نسرین حیدری - مشاور بخش سلامت دهان و دندان  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ساله کشور یک نخ سیگار مصرف کرده‌اند اما طی مدت زمان چهار ساله و در سال ۸۷ این آمار به حدود ۳۲ درصد افزایش یافته است. یعنی طی مدت ۴ سال تجربه مصرف یک نخ سیگار در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله دو برابر شد. (۵)

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند نقش بسیار مؤثری در افزایش آگاهی و نگرش بیماران نسبت به برنامه ترک سیگار داشته باشند. به همین سبب، طبق تأکید سازمان جهانی بهداشت (جامعه سالم تا ۲۰۱۰) وجود برنامه ترک سیگار در سطح کشور و در سطح بین‌المللی از اولویت‌های جهانی می‌باشد. در این راستا، برنامه ترک سیگار در مطب‌های دندانپزشکی می‌تواند یکی از گزینه‌های مؤثر باشد. کاملاً آشکار است که کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان و دندان قابلیت بالقوه‌ای جهت بالا بردن تمایل بیماران سیگاری به کاهش استفاده از سیگار را دارند. از این رو، به نظر می‌آید که مراکز دندانپزشکی و بالخصوص دندانپزشکان به علت طولانی‌ترین تعامل با بیماران خود یکی از ایده‌آل‌ترین محیط‌ها جهت تشویق و کمک به بیماران برای ترک سیگار می‌باشد.

یک مطالعه مروری نظام‌مند گزارش داده است که مداخلات رفتاری در افراد سیگاری که توسط تیم دندانپزشکی به عنوان بخشی از معاینات دهانی در مراکز دندانپزشکی انجام می‌پذیرد، تمایل بیماران به ترک سیگار را افزایش دهد. (۶) علاوه بر آنچه از نتیجه این مطالعه به دست آمده، از وظایف اخلاقی تیم دندانپزشکی این است که بیماران خود را نسبت به خطرات و زیان‌های ناشی از مصرف سیگار آگاه کنند. این مشاهدات مبین این واقعیت است که، تیم‌های دندانپزشکی نیاز واقعی به گذراندن دوره‌ها و آموزش‌های لازم به منظور پیاده‌سازی و انجام موفقیت‌آمیز برنامه ترک سیگار در مطب‌های دندانپزشکی دارند.

طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، روند بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های غیرواگیر در حال جابجایی است و روز به روز از اهمیت بیماری‌های عفونی به لحاظ مرگ و میر کاسته می‌شود همچنین سکنه مغزی و قلبی، سرطان و بیماری‌های قلب و عروق، دیابت، بیماری‌های تنفسی و دخانیات از جمله عوامل مهم مرگ و میر به شمار می‌روند. در منطقه مدیترانه شرقی، بیماری‌های قلبی و عروقی، نقش اول را در مرگ و میر ایفا می‌کنند ضمن اینکه مصرف دخانیات فاکتور اصلی به وجود آورنده بیماری‌های قلبی عروقی و همچنین بیماری‌های مزمن تنفسی است. رئیس جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات اذعان کرده است که طرح‌های

مقدمه: مصرف دخانیات به عنوان یکی از اصلی‌ترین تهدیدکننده سلامت جوامع جهانی، همواره سیر صعودی خود را طی می‌کند. دخانیات عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۳۰ یکی از اصلی‌ترین عوامل خطر مرگ و میر در جهان باشد. علاوه بر اینکه مصرف دخانیات با یک سری از سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و عروقی رابطه مستقیم دارد، یکی از مهمترین فاکتورهای بوجود آورنده سرطان‌های دهان و بیماری‌های پرودنتال نیز می‌باشد. (۱) از سوی دیگر بیش از ۵۰٪ از بیماری‌های لثه و دیگر بیماری‌های دهان نیز در اثر مصرف دخانیات ناشی می‌گردد. (۲)

به طور کلی شیوع مصرف سیگار در میان مردان ایرانی به طور پیوسته از ۱۲/۶٪ در سال ۱۹۹۴ به ۱۶/۳٪ در سال ۱۹۹۸ افزایش یافت. (۳) در حالی که شیوع مصرف دخانیات در میان مردان و زنان ایرانی بیشتر از ۱۵ سال به ترتیب ۲۹/۶٪ و ۵/۵٪ بود؛ و به طور کلی در سال ۲۰۰۵ شیوع مصرف سیگار در میان جمعیت ایرانی ۱۷/۶٪ بوده است. همچنین شیوع مصرف دخانیات در نوجوانان بین ۱۳ تا ۱۵ سال از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۰۸ هم در جنس مذکر و هم در مؤنث ۲۶/۶٪ گزارش شده است. (۴)

براساس یافته‌های انجمن مبارزه با دخانیات ایران ۶۶/۷ درصد سیگاریهای فعلی کشور عموماً در گروه سنی بالای ۳۰ سال قرار دارند که اولین نخ سیگار را در سن ۱۴ سالگی تجربه کرده‌اند. از طرف دیگر هفتاد درصد جمعیت کشور در حال حاضر در گروه سنی زیر ۳۰ سال زندگی می‌کنند که این جمعیت حدود ۴۹ میلیون نفر از جمعیت هفتاد میلیونی کشور را تشکیل می‌دهند. بنابراین اگر در زمینه کنترل و مبارزه با دخانیات اقدامی صورت نگیرد، سالهای آتی با رشد انفجاری شیوع استعمال دخانیات مواجه خواهیم شد همچنین براساس طرح بررسی شیوع عادت استعمال دخانیات در کشور که با همکاری وزارت بهداشت طی دو نوبت در سال ۱۳۸۲ و سال ۱۳۸۷ انجام گرفت در سال ۸۳، ۱۶ درصد نوجوانان ۱۳ تا ۱۵

۱۳۸۹ پایان خواهد یافت که البته پیگیری ارزیابی آن نیز طراحی می‌گردد.



منابع:

1. Mecklenburg RE. Tobacco Effects in the Mouth, A National Cancer Institute and National Institute of Dental Research Guide for Health Professionals. US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1992.

2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER package 2008, [http://www.who.int/tobaccopower/mpower\\_report\\_tobacco\\_crisis\\_2008](http://www.who.int/tobaccopower/mpower_report_tobacco_crisis_2008).

3. Sarraf-Zadegan N, Boshtam M, Rafiei M. Risk factors for coronary artery disease in Isfahan, Iran, Oxford Univ. Press, 1999:20-26.

4. Organization WH. World Health Statistics 2009, World Health Organization, Geneva, 2009.

5. <http://isna.ir/ISNA/NewsView.aspx?ID=News.1497162>

6. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Systematic review. Community Dental Health 2007; 24:70-74

7. <http://dehq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=8838&mode=thread&order=O&thold=O>

مقابله با مصرف سیگار در چهار محور انجام می‌شود که اولین آن کاهش تقاضا برای سیگار است که با انجام اقدامات آموزشی و پژوهشی بخصوص در سطح کودکان و دبستان به زودی برنامه آن به صورت آزمایشی اجرا خواهد شد، محور دوم عرضه قانونمند و تعریف شده براساس کنوانسیون جهانی است که عرضه دخانیات را تابع مقررات جدی می‌کند. محور سوم ایجاد اشکال و مانع ترافی در زمینه مصرف دخانیات است و بالاخره محور چهارم ایجاد بستر مناسب و آسان در زمینه ترک این ماده دخانی است. قابل ذکر است که ایران تنها کشور خاورمیانه است که قانون کامل کنترل دخانیات را دارد و ما برنامه‌هایی نظیر افزایش مالیات دخانیات، برپایی برنامه‌های آموزشی برای دانش‌آموزان، والدین و مربیان و ایجاد بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های بدون دود را برای کنترل مصرف دخانیات را دارد. (۷)

**روش کار:** در ابتدای فعالیت در این راستا اطلاعاتی بسیار کمی در مورد میزان آگاهی و تمایل دانشجویان دندانپزشکی و دندانپزشکان در مورد فعالیتهای مبارزه با دخانیات در دسترس بود. برای این دسته از کارکنان حرفه‌ای در مورد اینکه آیا به پیاده‌سازی برنامه مبارزه با دخانیات در مراکز دندانپزشکی اهمیت و اولویت می‌دهند و در صورت تمایل چه روشی را در این مداخله در پیش می‌گیرند هیچگونه اطلاعاتی در دست نبود. بخش سلامت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مطالعات متعددی به منظور تعیین آگاهی و نگرش دانشجویان، دندانپزشکان و دیگر اعضا حرفه‌ای سلامت دهان و دندان نسبت به عادات سیگار کشیدن و پیاده‌سازی برنامه ترک سیگار در مراکز دندانپزشکی، تغییر نگرش بیماران و دانشجویان نسبت به برنامه ترک سیگار در مراکز دندانپزشکی و از طریق برنامه‌های مختلف مداخله‌ای آموزش، مشاوره و - انجام داده‌اند.

**نتایج:** نحوه برقراری ارتباط دندانپزشک با فرد سیگاری در ایران به صورت مدون مورد بررسی قرار نگرفته بود. مهم‌ترین نتیجه‌ای که از این مطالعات حاصل شد نشان داد که دندانپزشکان ایرانی با راهکارهای بر پایه شواهد جهت ارائه خدمات ترک سیگار آشنایی ندارند. براساس یافته‌های این مطالعات پیش‌بینی می‌گردد بتوان با ارائه نتایج و دریافت نقطه نظرات سیاست‌گذاران نظام سلامت بالاخص نظام سلامت دهان و دندان و دیگر ذینفعان از قبیل مدرسان، دانشجویان و رانستهای دانشکده‌های دندانپزشکی در تهیه مفاد و مدلهای آموزشی مبارزه با دخانیات در مراکز دندانپزشکی یاری گرفت که این به نوبه خود در جهت تسهیل ادغام برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای مبارزه با دخانیات در سطح برنامه آموزشی دندانپزشکی تأثیرگذار خواهد بود. این مطالعات در پایان سال





# زیر ذره پیری

## درمان جایگزین نیکوتین و مشاوره‌های مربوطه با استفاده از محیط‌های دندانپزشکی

نویسنده: دکتر عبدالرضا معادی، رئیس مرکز پزشکی خاص

بر اساس یک آمار رسمی که در سال ۲۰۰۲ اعلام شد تعداد مرگ و میر بر اثر بیماری‌های مربوط به دخانیات حدود ۵۰,۰۰۰ نفر در سال تخمین زده می‌شود و چنین آماری هشدار می‌دهد که در صورت عدم توجه به نرخ رو به افزایش اعتیاد، این تعداد فاجعه‌آمیز می‌تواند تا سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۰,۰۰۰ نفر در سال افزایش یابد. توجه به اعتیاد گسترده به نیکوتین در ایران و جلوگیری از این فاجعه عمومی اجتناب‌ناپذیر است.

روش‌های مختلفی برای ارائه مشاوره ترک سیگار وجود دارد. مشخص شده که ارائه مشاوره در مطب پزشکان، مدارس، محل کار و مراکز اجتماعی می‌تواند مؤثر باشد ولی یکی از مؤثرترین این روشها، ارائه این خدمات در مطب دندانپزشکی است. دندانپزشکان در صورتی که به خوبی آموزش دیده باشند و مجهز به امکانات آموزشی و دارویی باشند، قادر خواهند بود تا به عنوان خط مقدم در مبارزه با اعتیاد عمل کنند.

از آنجا که مصرف دائم دخانیات یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامتی دهان است، دندانپزشکان به درمانهای ترک سیگار علاقمند هستند. کشیدن سیگار به عنوان علت بیماریهایی مانند سرطان دهان، التهاب مخاط، التهاب لثه، از بین رفتن لثه و تغییر بافتهای نرم شناخته شده است. به علاوه کشیدن سیگار با تغییر رنگ دهانها در زیبایی فرد نیز تأثیرگذار می‌باشد. از طرف دیگر بوی ناخوشایند محیط دهان برای فرد سیگاری و اطرافیان او آزاردهنده است با پستی اذعان داشت که مصرف مداوم سیگار و خاصیت تسکین‌دهندگی آن موجب می‌گردد که افراد سیگاری دیرتر از افراد عادی به علت درد ناشی از ناراحتی‌های دندانی به دندانپزشک مراجعه نمایند و اصولاً زمان مراجعه آنها مواجه با درمانهای شدیدتر و گرانقیمت‌تر است. آنچه مسلم است محیط دهان و صدمات اشاره شده فوق تنها جایی از بدن است که فرد سیگاری به طور وضوح و مستقیم می‌تواند عوارض ناشی از مصرف سیگار را ببیند و آن را لمس کند. در نتیجه دندانپزشکان در سراسر جهان اشتیاق زیادی دارند که در حین درمان به عادات سیگار کشیدن بیمارانشان اشاره کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که در برخی کشورها ۸۰٪ دندانپزشکان به صورت فعال با استعمال دخانیات مخالف می‌باشند. در یک تحقیق جدید مشخص شد که اکثر دندانپزشکان در ایران به بیماران خود توصیه می‌کنند که سیگار را ترک کنند ولی آن‌گونه که مؤلفان گزارش فوق عنوان کردند برنامه‌های مناسب ترک

سیگار در دسترس دندانپزشکان ایرانی قرار ندارد. از آنجایی که حدود ۲۳۰۰۰ دندانپزشک در ایران وجود دارد (حدوداً یک دندانپزشک برای هر ۳۵۰۰ نفر) استفاده از محیطهای دندانپزشکی می‌تواند باعث نفوذ عمیق برنامه‌های ترک سیگار شود. معرفی درمانهای دارویی از طریق مطبهای دندانپزشکی به همراه ارائه مشاوره توسط متخصصین دندانپزشکی می‌تواند عامل قدرتمندی در مقابله با اعتیاد به نیکوتین باشد. درمان دارویی جایگزین نیکوتین یک روش متداول برنامه‌های ترک سیگار است. عدم احساس علائم عصبی و روانی ترک جزو مزایای منحصر به فرد روش NRT برای تحمیل آسانتر فرایند ترک در افرادی است که می‌خواهند سیگار را ترک کنند. با کاهش مقدار نیکوتینی که وارد بدن می‌شود فرد سیگاری به تدریج عادت می‌کند تا نیکوتین را به صورت روزانه دریافت نکنند. در طی یک دوره چند هفته‌ای NRT می‌تواند به صورت مؤثری نیاز به نیکوتین که باعث شکل‌گیری عادت افراد سیگاری شده را از میان ببرد. انواع متداول NRT شامل چسبهای پوستی، آدامس، اسپری بینی، استنشاقی و قرص زبرزبانی است. استفاده از یک یا ترکیبی از این روشها می‌تواند تأثیرات قابل توجهی روی قابلیت ترک سیگار فرد بگذارد. تحقیقات نشان داده که NRT می‌تواند احتمال ترک سیگار را ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش دهد. در صورتی که از NRT همزمان با مشاوره ترک سیگار استفاده شود، کارایی آن افزایش خواهد یافت.

از آنجایی که علائم مصرف سیگار در محیط دهان مشغول است و بیماران دندانپزشکی بطور متوسط برای هر درمان دندان ۲/۵ بار به مطب دندانپزشک خود مراجعه می‌نمایند و اکثراً رابطه عاطفی و اجتماعی مطلوبی بین دندانپزشک و بیمار وجود دارد محیط مطبهای دندانپزشکی را به کانون مناسبی برای ترک سیگار تبدیل می‌نماید. با مطالعه فرا تحلیلی شش تحقیق برجسته در زمینه کارایی درمان جایگزین نیکوتین از طریق مطبهای دندانپزشکی محققان متوجه وجود سطوح بالایی از موفقیت در روشهای دندانپزشکی شدند. این موفقیت در صورت ارائه مشاوره تا ۲۰٪ افزایش می‌یابد. با مقایسه نرخ موفقیت افراد سیگاری که از طریق روشهای دندانپزشکی مشاوره دریافت کرده‌اند با گروهی از افراد سیگاری که در رژیم NRT خود مشاوره نداشتند، محققان متوجه شدند که ارائه مشاوره از طریق مطبهای دندانپزشکی آمار ترک را تا ۳۰ درصد افزایش می‌دهد.

نتایج این پژوهش فرا تحلیلی و دیگر مطالعات صورت گرفته،

روشهای زیر را پیشنهاد می‌کنند. وقتی که محیط مناسبی مانند مطب دندانپزشکی همزمان با محصولات آموزشی درمان دارویی جایگزین نیکوتین، قوانین ضد سیگار کشیدن، و تبلیغات گسترده رستاهای ترکیب شود، میزان ترک سیگار به صورت تصاعدی افزایش می‌یابد. در صورتی که هر کدام از این فعالیتها حتی درصد اندکی نیز به رشد میزان ترک سیگار کمک کند، افراد سیگاری ایرانی نسبت به وضعیت فعلی خود به میزان بسیار بالاتری در ترک سیگار خواهند رسید و این در نهایت به نجات زندگی افراد زیادی منجر و منابع زیادی در حوزه سلامت ذخیره می‌شود، خواهد شد.

آموزش افراد سیگاری ایرانی اولین قدم برای رهایی این کشور از هزینه‌های اجتماعی و درمانی اعتیاد گسترده به نیکوتین است. در مبارزه با اعتیاد به نیکوتین، آموزش دو نقش دارد. آموزش در ارائه راهکارهای پیشگیرانه و درمان مؤثر نقش کلیدی دارد. جنبه پیشگیرانه آن به علت خصوصیات آماری جامعه ایران مهم است. ایران دارای یک جمعیت جوان رو به رشد است جمعیتی که به طور روزافزونی در معرض اعتیاد به دخانیات قرار دارد. دو سوم از ایرانیان زیر ۳۰ سال سن دارند. اطلاعاتی که به تازگی منتشر شده نشان می‌دهد که ۸۰٪ از افرادی که در حال حاضر سیگاری هستند حداقل در سن ۱۵ سالگی آن را تجربه کرده‌اند. تخمین زده می‌شود که حدود ۱۰٪ از جوانان به صورت دائمی سیگار می‌کشند آمار بدست آمده نشان می‌دهد که جوانان ایرانی به طور مکرر دخانیات را در سنین پایین‌تری تجربه می‌کنند. در کشوری که دارای جمعیت جوان عظیمی است، استعمال دخانیات را به عنوان مهمترین تهدیدکننده بهداشت عمومی مطرح می‌کنند ولی نشانه‌های مثبتی نیز وجود دارد که حاکی از وجود امکان مقابله با مشکل اعتیاد است. با آنکه آمار تجربه استعمال دخانیات در بین جوانان ایرانی بالاتر از بسیاری از کشورها می‌باشد ولی میزان استعمال دائمی دخانیات در میان جوانان ایرانی پایین‌تر است. جوانان ایرانی کنجکاوی بیشتری برای تجربه دخانیات دارند ولی احتمال سیگاری شدن آنها کمتر است. با در نظر گرفتن نقش محیطهای دندانپزشکی در این زمینه واضح است که ارائه مشاوره پیشگیرانه توسط دندانپزشکان چگونه می‌تواند به منصرف کردن جوانان ایرانی از تجربه سیگار کشیدن کمک کند. به گفته سازمان بهداشت جهانی، از آنجایی که دندانپزشکان نگران عوارض مخرب دخانیات بر قسمتهای مربوط به دهان هستند و مهمتر از آن معمولاً به کودکان، جوانان و اولیاء آنها دسترسی داشته و فرصت تأثیرگذاری بر افراد را برای به تعویق انداختن شروع و یا ترک سیگار قبل از اعتیاد قوی به آن را دارند باید همکاری خود را با برنامه‌های ترک سیگار افزایش دهند. در حال حاضر دندانپزشکان ایرانی فاقد آموزش و منابع آموزش لازم برای ایفای توانمند چنین

نقشی هستند؛ یک برنامه ملی در جهت جلوگیری از استعمال دخانیات که در مطب دندانپزشکان پایه‌گذاری شود شدیداً ضروری است.

از طرف دیگر وقتی پیشگیری نتیجه‌بخش نباشد، دندانپزشکان باید از روشهای دیگری برای وادار کردن افراد سیگاری به ترک استفاده کنند. کاملاً مشخص است که آگاهی عمومی از خطرات استعمال دخانیات می‌تواند نکته‌ای کلیدی در تقویت ساختارهای حمایت از ترک و در نتیجه کم شدن شیوع کلی اعتیاد باشد. تحقیقی در فصلهای مختلف طی سال ۲۰۰۷ بر روی بزرگسالان سیگاری در ایران صورت گرفت که نتیجه می‌گرفت ۸۲٪ از جامعه نمونه اقدام به ترک کرده‌اند ولی تقریباً همگی آنها شکست خورده‌اند. این اندازه به طور قابل ملاحظه‌ای از میانگین جهانی آن که ۶۸٪ است بالاتر است. تنها ۴۴٪ از مردان و ۲۶٪ از زنان شرکت‌کننده تمایل مجدد خود را برای ترک ابراز کردند. یکی از بهترین روش‌ها استفاده از روش NRT پس از مشاوره می‌باشد. این امر نشان می‌دهد که دشوار بودن ترک و ناامیدی حاصل از تلاشهای ناموفق به طور جدی جلوی قابلیت جوانان ایرانی را برای مقابله با اعتیاد به نیکوتین می‌گیرد.

همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران از مشاوره ترک دخانیات در محیطهای دندانپزشکی استقبال می‌کنند. ناامیدی نمی‌تواند بهانه‌ای برای به خطر انداختن سلامتی و ادامه اعتیاد جوانان ایرانی باشد. آموزش و مشاوره مناسب می‌تواند به شفاف‌سازی این موضوع که دشواری ترک به خطرات بهداشتی کشیدن سیگار ارجحیت دارد کمک کند. ضوابط کلینیکی برای درمان و وابستگی به استعمال دخانیات که توسط سازمان بهداشت ایالات متحده وضع شده به وضوح مشخص می‌کند که استفاده همزمان از مشاوره با درمان جایگزین نیکوتین می‌تواند میزان ترک را به حداکثر برساند. بسیار ساده است، هر بار که یک فرد سیگاری اقدام به ترک کرده و شکست بخورد، تلاش بعدی او به علت کاهش اعتماد به نفس، دشوارتر خواهد بود. به وضعیت امروز جوانان ایران بنگرید. متخصصین پزشکی باید برای پیشگیری از کاهش یافتن انگیزه در افراد سیگاری شانس موفقیت در تلاش اول را افزایش دهند.

چالش پیش روی مسئولین بهداشت عمومی، انتخاب بهترین روش تخصیص منابع محدود به برنامه‌های ترک سیگار است. انتخاب صحیح متخصصین و نحوه مدیریت مشاوره و درمان نیز کلید اجرای یک برنامه ترک سیگار موفق و به صرفه است. در ایران، استفاده از محیطهای دندانپزشکی همراه با درمان جایگزین نیکوتین و مشاوره تخصصی، یکی از کاملترین روشها در راه مقابله با سیل ویرانگر این فاجعه عمومی است.

# اخبار دندان پزشکی

## خلاصه‌ای از چند خبر در ارتباط با تحقیق در رشته دندانپزشکی در زمینه پیشگیری و کنترل دخانیات

منبع: مجله دندانپزشکی اروپا  
ترجمه: دکتر فیروزه طلایی‌چی

ولی تاریخی تعیین نشده است، آنگاه در صورت آگاه ساختن شخص از مزایای ترک و معایب ادامه عادت سیگار کشیدن می‌تواند سودمند باشد. مشکلات مواجهه در ترک و روش‌هایی متخصصین بهداشت دهان تشویق می‌شوند که از موقعیت در حین معاینه بیمار استفاده کرده و برای سیگارها مشاوره‌ای کوتاه برای ترک فراهم کنند.

### هیپنوتراپی برای ترک سیگار

متخصصین بهداشت متذکر می‌شوند که ترک سیگار بهداشت دهان و دندان را بصورت قابل توجهی بهبود بخشد و توصیه می‌کنند که پزشکان بیماران را راهنمایی نمایند. شماری از درمان‌های موجود برای ترک سیگار آورده شده که عبارتند از نیکوتین، داروهای دیگر (مانند زیان)، مشاوره گروهی، بروشورها و ویدئوی آموزشی و حتی هیپنوتراپی و ...

### کودکان را محافظت کنید

دندانپزشکان و متخصصین بهداشت دهان در شهر ویلز انگلستان در صدد هستند که از فروش سیگار بصورت واضح با گذاشتن پاکت‌ها در ملاء عام پیشگیری کنند و حتی دستگاه‌های اتوماتیک فروش سیگار برجیده شوند. در ژوئن ۲۰۱۰، قانونی در این زمینه در مجلس کشور انگلستان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

### حرکت در جهت ترک سیگار

در انگلستان، روزی به عنوان روز ترک دخانیات بر پا شده است. حدود ۹ میلیون سیگاری در این کشور تخمین زده شده است که بیشتر در سنین ۲۴-۲۰ سالگی می‌باشند و ۳۲٪ از آقایان و ۳۰٪ خانمها سیگاری هستند. در این کشور همواره به آموزش افراد در زمینه مضرات سیگار مانند سرطان دهان تشویق می‌کنند.

### سلامت لثه و مصرف سیگار

مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط بین پیشرفت ناراحتی لثه و سیگاری بودن در جوانانی که بیش از ۱۵ سیگار در روز می‌کشند وجود دارد. تحقیق بیشتر در زمینه سودمندی ترک سیگار توصیه می‌شود.

بودجه اختصاص یافته به آزمایش جدیدی برای سیگارها اداره گسترش انگلیس جنوب‌شرقی (SEEDA) مبلغ ۲۰۰۰۰ پوند را برای تحقیق جهت تهیه آزمایش جدیدی برای تشخیص سیگاری بودن اختصاص داده است. تست کوتینین (که مشتقی از نیکوتین است) در بزاق توسط اداره تحقیقات به ثبت رسیده است که می‌توان با آن سیگاری بودن و تغییر در میزان مصرف سیگار را تشخیص داد. بودجه فوق برای تهیه تست جدید کوتینین با استفاده از روشی محافظت شده و مطمئن تر می‌باشد. سیگار مهمترین ایجادکننده سرطان‌های دهان و گلو که قابل پرهیز است می‌باشد. امروزه مصرف سیگار هر چه بیشتر عملی آسیب رساننده محسوب می‌شود. در نتیجه، سیگارها عادت خود را خصوصاً از پزشکان و دندانپزشکان پنهان می‌کنند. پروفیسور ایان چاپل که ریاست تحقیق را به عهده دارد ذکر می‌کند که جراحان لثه همواره در تماس با بیمارانی بوده که می‌توانند آنها را در ترک سیگار راهنمایی کنند. حتی کمترین اقدامات در این جهت می‌تواند سودمند باشد.

اکنون آزمایش برای کوتینین در ادرار در دسترس است که در مطب دندانپزشکی میسر نمی‌باشد. ادارات بیمه نیز تست بزاق را حمایت می‌کنند از آنجائیکه می‌توان بزاق را در حضور پزشک گردآوری کرد و از تقلب جلوگیری نمود.

### اجازه دهید که دندانپزشکان نیکوتین تجویز کنند

ادارات دارویی و بهداشتی متعددی مشاوره در ترک سیگار را برای پیشگیری از تماس خصوصاً کودکان با دود سیگار، دانشجویان دانشگاه و افراد کم درآمد توصیه کرده و تجویز مجانی نیکوتین را حمایت می‌کنند.

### ترک سیگار

متخصصین بهداشت دهان در صدد هستند که در امر مشاوره بیماران و یاری در جهت ترک سیگار فعالیتگر گردند. آنها یادآور می‌شوند که بسیاری از سیگارها قبل از اینکه موفق شوند ۸-۳ بار اقدام به ترک می‌کنند. آنها متذکر می‌شوند که وضعیت روحی بیمار از لحاظ آمادگی برای ترک مهم است. اگر بیمار آماده ترک نباشد، آنگاه تلاش جهت اطلاع‌رسانی و تشویق به ترک در ۶ ماه بعد توصیه می‌شود. اگر برنامه ترک مد نظر است

## پوشش ۸۰٪ پاکت‌های سیگار با هشدارهای بهداشتی مصور در اروگوئه

اروگوئه با وجود جمعیتی بالغ بر ۳/۳ میلیون نفر توانسته است قانون درج هشدارهای بهداشتی جدید را وضع نماید. سابق بر این در کشور اروگوئه هشدارهای بهداشتی مصور روی پاکت سیگار نیمی از روی جلد پاکت را می‌پوشاند (تصویر سمت راست) درحالی‌که جدیداً پوشش این تصاویر به ۸۰٪ سطح روی پاکت رسیده است (تصویر سمت چپ). این تصاویر بر هر دو طرف پاکت‌ها درج شده‌اند. این اقدام اروگوئه بسیار قابل تقدیر می‌باشد.

<http://blogssoftvainbridge.typepad.com/warnings>



## اثر سیگار بر دهان و دندان‌ها و نقش دندانپزشک در ترک سیگار

سیگار می‌تواند سبب تغییر رنگ دندان‌ها و بوی بد دهان، ناراحتی لثه، بهبود دیرتر زخم‌ها و افزایش احتمال به بروز سرطان شود. دندانپزشکان مانند سایر شاغلین حرفه پزشکی تشویق به مشاوره بیماران جهت ترک سیگار می‌شوند. اگرچه اشخاص از بسیاری مضرات سیگار آگاه هستند، ولی از اثرات آن بر سلامت دهان و دندان کمتر اطلاع دارند. تذکر به مضرات سیگار خصوصاً در افرادی که ناراحتی لثه یا جراحی در پیش دارند توصیه می‌شود.



# اخبار کشور

## طراحی اولین برنامه آموزشی، پژوهشی کنترل دخانیات در حوزه سلامت دهان و دندان

۲۱۸ / ۰۰  
۲۳ / ۰۴ / ۸۸

بسمه تعالی

### یادداشت تفاهم برای انجام همکاری‌های مشترک

بین دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به نمایندگی آقای دکتر بهزاد هوشمند و مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مرکز همکاری‌های کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی) به نمایندگی آقای دکتر غلامرضا حیدری و دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی آقای دکتر مصطفی غفاری

#### مقدمه:

با توجه به رسالت مهم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و موسسات آموزش عالی در تربیت نیروی انسانی کارآمد و پژوهشگر و حفظ و توسعه برنامه‌های سلامت عمومی و افزایش کاربرد برنامه‌های پیشگیری و ارتقاء کیفیت زندگی برای تمام گروه‌های هدف جامعه و نیز با توجه به اهمیت اثرات مخرب مصرف دخانیات بر سلامت عمومی انسان بویژه سلامت دهان و به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات و ترک دخانیات این تفاهمنامه همکاری بین سه طرف فوق‌الذکر جهت انجام فعالیت‌های آموزشی پژوهشی درصافی مشترک و توسعه و اجرای برنامه‌های موثر در مبارزه با دخانیات منعقد می‌گردد. بر مبنای این یادداشت تفاهم سه طرف فوق موافقت نمودند تا در چارچوب مفاد ذیل به مدت نامحدود همکاری داشته باشند.

#### هدف:

این یادداشت تفاهم برای همکاری بین بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی دانشکده دندانپزشکی، مرکز همکاری‌های کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی مستقر در پژوهشگاه سل و بیماری‌های ریوی و دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مستقر در مرکز سلامت محیط و کار تنظیم شده است تا نسبت به توسعه و اجرای فعالیت‌های مشترک در رابطه با مبارزه با دخانیات از طریق انجام مداخلات لازم که در جهت تأمین سلامت عمومی و سلامت دهان و دندان باشد و از طریق برنامه‌های آموزشی پژوهشی پیشگیری و ترک دخانیات اقدام نمایند.

#### دستور العمل اجرایی:

فعالیت‌هایی که در این یادداشت تفاهم انجام می‌گیرد شامل موارد زیر است که در برگرفته مسئولیت‌های هر سه بخش می‌باشد:

- تنظیم یک چارچوب کاری کلی و سلاسه برای اجرای طرح‌های مشترک مورد نظر جهت انجام فعالیت‌ها در رابطه با پیشگیری و ترک دخانیات از طرق مختلف
- مدل سازی برای پایش پیشرفت و ارزیابی فعالیت‌های مشترک انجام شده، تجزیه و تحلیل و کاربری نمودن نتایج آن
- تشکیل بانک اطلاعاتی در رابطه با فعالیت‌های انجام شده به منظور ارزیابی نتایج اقدامات و ایجاد سیستمی برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات و انتقال دانش مربوطه به پزشکان، دندانپزشکان و افراد علاقه‌مند
- بسج منابع (داخلی و خارجی) و مشارکت جامعه برای توسعه پایدار در جهت مبارزه با دخانیات
- تأمین منابع مالی به منظور تسهیل در اجرای برنامه‌های مشترک از جانب هر ۳ بخش با رعایت حقوق مادی و معنوی هر طرف بعد از تهیه پروپوزال‌های مربوطه و تأیید و تصویب توسط هر بخش

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز همکاری‌های کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی

### فعالیت مرکز همکاری های کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی:

- پشتیبانی های فنی لازم برای اجرای برنامه های آموزشی و کارگاه های آموزشی کنترل دخانیات
- مساعدت برای اجرای برنامه های پژوهشی در سطح ملی و منطقه ای و بین المللی
- پشتیبانی های لازم برای اجرای فعالیت های اطلاع رسانی و ترویجی دندانپزشکان و بهساران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی کشور

بدیهی است تأمین اعتبار کلیه فعالیت های فوق الذکر منوط به تصویب شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات خواهد بود. تا زمینه برای انتقال تجرب علمی آموزشی و پژوهشی بین طرفین با رعایت حقوق مادی و معنوی هر بخش فراهم گردد.

### فعالیت بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی:

- اجرای برنامه های آموزشی و کارگاه های آموزشی برای دندانپزشکان و حرفه وابسته جهت مبارزه با دخانیات در مطب های دندانپزشکی
- اجرای فعالیت های پژوهشی در سطح ملی منطقه ای و بین المللی در رابطه با برنامه های مبارزه با دخانیات در مراکز و مطب های دندانپزشکی
- اجرای فعالیت های اطلاع رسانی ترویجی و جامعه نگر برای بهساران مراجعه کننده به مراکز و مطب های دندانپزشکی و سایر امور مربوطه

### فعالیت دبیرخانه ستاد کشور کنترل دخانیات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

- تعیین وضعیت موجود نیازهای پیشگیری و درمانی در رابطه با کنترل دخانیات و درگیر نمودن کلیه شاغلین گروه پزشکی و غیرپزشکی در برنامه
- همکاری در برگزاری همایش های ملی منطقه ای برای پیشبرد و اهداف برنامه های ترک دخانیات در کشور و ادغام فعالیت ها در سیستم PHC
- مساعدت جهت تأمین منابع مالی لازم برای اجرای برنامه های پیشگیری و کنترل دخانیات فوق الذکر

### مؤخره:

این همکاری از ابتدای سال ۱۳۸۸ شمسی (مقارن با ۲۰۰۹ میلادی) آغاز گردیده و می تواند بدون قید زمان ادامه یابد. گزارش عملکرد سالانه توسط دانشکده دندانپزشکی بخش (COH) در پایان هر سال تهیه و برنامه های پیشنهادی برای سال بعد در اسفند ماه هر سال به مرکز تحقیقات و مرکز سلامت محیط و کار ارسال خواهد شد تا برنامه و اعتبارات لازم برای فعالیت های سال بعد تا پایان اسفند ماه به دانشکده ابلاغ گردد. در خصوص اجرای مفاد این تفاهنامه همکاری آقای دکتر محمدحسین خوشنویسان و سرکار خانم دکتر ابن احمدی بعنوان نمایندگان دانشکده دندانپزشکی جهت شرکت در جلسات و طراحی و اجرای برنامه های فوق الذکر و هرگونه هماهنگی لازم معرفی می شوند. در صورت بروز هر گونه اختلاف نظر سعی خواهد شد تا با نظر همکاران ذمه داری طرفین حل شده و چنانچه بهر دلیل ادامه همکاری در این تفاهنامه میسر نباشد در مرحله اول سعی در اصلاح تفاهنامه و در غیر این صورت مراتب با ذکر دلایل مستدل به طرفین اعلان تا نسبت به حل مشکلات اقدام و چنانچه تا پایان مهلت داده شده اقدام لازم صورت نگیرد فسخ این تفاهنامه بصورت کتبی به طرفین ابلاغ خواهد شد. بدیهی است کلیه موارد قید نشده در این تفاهنامه طبق ضوابط قانونی جاری کشور خواهد بود.

امید است با علاقه و همکاری موجود بین مراکز فوق الذکر کلیه اقدامات با هماهنگی های لازم اجرا شده و این همکاری طی سال های آتی پویاتر و گسترده تر از پیش در سطح کشور و منطقه به اجرا گزارده شود تا بطور روز افزون تعداد بیشتری از مردم کشور و منطقه از نتایج آن بهره مند شده بنحوی که نسل های آینده با اطلاع کافی از مضرات دخانیات از این اعتیاد زاینده پرهیز نموده و دیگران را نیز در جهت ترک آن راهنمایی نمایند.



# ما تروا شیم، شما تروا نید!

- لطفاً خودتان را معرفی کنید؟

سید جواد س هستم، متأهل و ۴۴ سال سن دارم. کارشناس علوم سیاسی و کارورز وزارت امور خارجه. حدوداً ۲۰ سال است که سیگار می‌کشم و به لطف خدا و کمک دوستان کلینیک ترک سیگار یک سال است که سیگار را ترک کرده‌ام. در خانواده ما تنها پدرم سیگاری بود. ایشان حدود ۵۰ سال سیگار کشیدند ولی متأسفانه در حال حاضر به علت نارسایی ریه با کیسول اکسیژن زندگی می‌کند. هر وقت که به سختی‌های پدرم فکر می‌کردم در تصمیم خودم برای ترک مصمم‌تر می‌شدم.

- از چه سنی سیگار کشیدن را شروع کردید؟

فکر می‌کنم ۲۳ ساله بودم که اولین بار سیگار کشیدم. خوب آن زمان متوجه مشکلات این راه نبودم، ولی فکر می‌کنم بیشتر تخلیه انرژی بود، ولی رفته رفته بصورت عادت شد. در واقع بعد از مدتی از مصرف سیگار پشیمان شدم یا به عبارت دیگر دوست نداشتم ولی دیگر دست خودم نبود انگار یک نفر از درون به من می‌گفت من نیاز به نیکوتین دارم و من هم چاره‌ای جز تمکین نداشتم. در طول این مدت چند بار ترک کردم ولی بعد از چند مدت دچار لغزش می‌شدم شاید به این علت بود که چیز دیگری را جایگزین می‌کردم مثل پیپ یا قلیان ولی این بار این کار را انجام ندادم. در واقع پس از آشنایی با این کلینیک با تکنیک‌های آشنا شدم که باعث شد یک سال بدون هیچ گونه مصرف مواد دخانی پایداری بیشتری پیدا کنم. در واقع راحت‌تر توانستم سختی‌های حذف نیکوتین را تحمل کنم با کمترین هزینه.

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

از سال ۷۷ تاکنون در حدود ۵۵۰۰ نفر در این کلینیک ثبت نام 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 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. شاید با خواندن این یادداشتها و دلایل ترک آنها، سایر افراد سیگاری نیز تشویق به ترک سیگار گردند. فراموش نکنند که هیچ‌وقت برای ترک سیگار دیر نیست.

ما توانستیم، شما هم می‌توانید!

در ادامه پای صحبت یکی از مراجعه‌کنندگان کلینیک ترک سیگار پیروزی می‌نشینیم.



**- اولین بار که سیگار کشیدید چه احساسی داشتید؟**  
۱۰ ساله بودم که به خاطر شیطنت بچگی در پارکینگ منزلمان یک نصفه سیگار پیدا کردم. از روی کنجکاوی آن را برداشتم، روشن کردم و یک پک به آن زدم آن موقع احساس خوبی داشتم چون والدینم حتی از لمس سیگار من را نهی می‌کردند و شاید بخاطر اینکه بر خانواده مسلط شده بودم خیلی خوشحال بودم ولی در واقع به صورت تفننی. همان‌طور که قبلاً هم گفتم از ۲۳ سالگی سیگار کشیدم ولی این بار شاید بخاطر همراهی کردن جمع دوستان و این بار کم‌کم اعتیاد به نیکوتین شروع شد به صورتی که حتی اگر شب بود باید سیگار مصرف می‌کردم چون دیگر بدنم نیاز داشت. وقتی به این مرحله رسیدم تازه متوجه شدم که واقعاً سیگاری شدم. آن زمان به فکر ترک افنادم ولی چون تکنیک علمی آن را بلد نبودم هر بار که این تصمیم را گرفتم برای مدت کمی می‌توانستم تحمل کنم و این در واقع نشان خوبی نبود.

**- چطور شد که تصمیم گرفتید ترک کنید؟**

برای این تصمیم انگیزه‌های متعددی وجود دارد اولین انگیزه پدرم بود که ناراحتی شدید ریه داشت به طوری که پزشکان معتقدند باید پیوند ریه برای او انجام شود.  
دومین دلیل آن خودم بودم که هیچ وقت راحت سیگار نمی‌کشیدم شاید به این دلیل بود که هیچ‌کسی در طول این مدت ۲۰ سال سیگار کشیدن من را ندید و از اینکه دیگران به عنوان فرد سیگاری یاد کنند خجالت می‌کشیدم. سومین دلیل آن پسرم بود که کم‌کم داشت بزرگ می‌شد. با وجود اینکه هرگز سیگار کشیدن من را ندیده بود ولی گاهی اوقات در مورد سیگار سؤالاتی از من می‌پرسید و این سؤالات یک زنگ خطر و هشدار بود از اینکه پسرم دارد به سیگار فکر می‌کند. من هرگز دوست ندارم پسرم سیگاری شود و شاید این انگیزه خیلی قوی بود. برندهای که مرده بود به من یاد داد که پرواز را به خاطر بسپارم.

**- آیا از مضرات سیگار مطلع هستی؟**

بله، بیماری‌های قلبی عروقی، تغییر رنگ دندان‌ها و پوسیدگی زود هنگام آنها سرطان‌های مختلف مثل سرطان دهان و حنجره، ناراحتی‌های گوارشی و مضرات دیگر که من آنها را نمی‌دانم.

**- یادتان می‌آید چند نفر در کلاس شرکت داشتند؟**

حدود ۲۰ نفر

**- از آن ۲۰ نفر اطلاع دارید چند نفر موفق به ترک شدند؟**  
مطمئن هستم تمام آن ۲۰ نفر یا انگیزه بالایی که داشتند موفق به ترک شدند ولی به نظر من بهتر است چه افرادی

که ترک کردند و چه افرادی که ترک نکردند در یک زمان خاص با یکدیگر ملاقات داشته باشند مثلاً بهتر است یک همایش باشد تا برای افرادی که موفق به ترک نشدند انگیزه بالاتری ایجاد شود. از آنجایی که مرکز شما یک مرکز تحقیقاتی است اجرا کردن چنین همایشی نه تنها برای کار شما مفید است برای سایرین نیز بسیار مفید می‌باشد. من دوست داشتم در طول این یک سال دوستانم را ببینم و از اینکه در این مدت چه به ما گذشته با خبر شویم.

**- با این کلینیک چطور آشنا شدید؟**

کاملاً به صورت تصادفی یک روز یک برنامه تلویزیونی می‌دیدم که گوینده آن در مورد کلینیک ترک سیگار صحبت می‌کرد. من بلافاصله با ۱۱۸ تماس گرفتم و آنها شماره اینجا را به من دادند من با کلینیک تماس گرفتم و حدود یک ماه بعد با من تماس گرفتند و شروع کلاس را به من اعلام کردند.

**- از اینکه به همسر و فرزندانان بگویید به کلینیک ترک سیگار می‌روید خجالت نکشیدید؟**

بجز همسرم کسی نمی‌دانست من سیگار می‌کشم. در واقع شرکت در این کلاس‌ها کاملاً به صورت مخفیانه بود ولی همسرم که بهترین مشوق من در این راه بود از تمام جزئیات کار مطلع بود.

البته به جز همسرم ۳ نفر از دوستان خیلی صمیمی من هم در جریان بود که در واقع آن سه نفر هم سیگاری بودند و آنها هم ترک کردند. البته بدون شرکت در کلاس چون آنها خیلی گرفتار بودند ولی ترک کردن من بهترین انگیزه آنها بود.

**- امروز که یکسال از ترک شما گذشته است چه احساسی دارید؟**  
احساس خوشحالی و شادی زیادی می‌کنم و دوست دارم که دیگران نیز در این شادی با من شریک باشند. به نظر من همه افرادی که سیگار می‌کشند به دنبال یک فرصت هستند برای ترک کردن و وجود چنین مراکزی در سطح کشور چنین فرصتی را ایجاد می‌کند. ولی به نظر من اگر تعداد آن بیشتر باشد طبیعتاً افراد بیشتری را پوشش می‌دهد. به نظر من نجات یک فرد به معنی نجات یک جامعه است.

**- به عنوان سؤال آخر به ما بگویید چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟**

با استعانت از خداوند متعال و پناه بردن به معنویت به معنای واقعی قدم در این راه بگذارند. انشاء. که همه آنها موفق شوند به امید آن روز.



# فصل پنجم فصل پنجم

## تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

### ارائه گزارش نهایی طرح «بررسی آگاهی و نگرش و وضعیت استعمال دخانیات در ورزشکاران تیمهای ملی ایران» توسط خانم دکتر زهرا حسامی

شامل (فوتبال - بسکتبال - والیبال - ورزش‌های رزمی تنیس روی میز - کشتی - وزنه‌برداری - شنا - قایقرانی و دو و میدانی) انجام شد.

روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود که تمام ورزشکاران مرد حاضر در اردوی تیم ملی مورد نظر در مقطع زمانی خاص مورد پرسشگری قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه جهانی مبارزه با سل و بیماریهای ریوی بود.

در این مطالعه ۲۲۰ نفر از ۱۰ تیم مختلف ورزشی مورد بررسی قرار گرفتند. همه موارد مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $10.12 \pm 2.8/8$  گزارش شده است (حداقل ۱۴ حداکثر ۶۵ سال). از نظر تحصیلات (۱۷/۷٪) زیردیپلم (۳۹٪) نفر. ۸۸ نفر (۴۰٪) دیپلم، ۸۳ نفر (۳۷/۷٪) بالاتر از دیپلم بوده‌اند. ۲۸ نفر (۱۲/۷٪) در تیم فوتبال، ۲۴ نفر (۱۰/۹٪) بسکتبال، ۲۳ نفر (۱۰/۵٪) والیبال، ۲۱ نفر (۹/۵٪) رزمی، ۱۵ نفر (۶/۸٪) وزنه‌برداری، ۲۷ نفر (۱۲/۳٪) تنیس روی میز، ۳۰ نفر (۷/۷٪) قایقرانی، ۱۷ نفر (۷/۷٪) کشتی، ۱۲ نفر (۵/۵٪) شنا و ۲۳ نفر (۱۰/۵٪) دو و میدانی فعالیت داشته‌اند. در جامعه مورد مطالعه ۸۸ نفر (۴۰/۷٪) تجربه مصرف سیگار یا قلیان را داشته‌اند و از این تعداد ۳۰ نفر (۱۳/۶٪) کل جامعه و ۳۳٪ کل تجربه کنندگان) ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن از دخانیات مصرف کردند. در میان افرادی که ۱۰۰ نخ سیگار مصرف کرده‌اند، ۷ نفر (۲۳/۳٪) و ۶/۴٪ در کل) سیگار خود را ترک کرده‌اند و ۱۶ نفر (۵۲/۳٪) و ۱۰٪ کل جامعه) به صورت گاهگاهی و ۶ نفر (۲۰٪) و ۳/۶٪ کل جامعه) به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند.

در میان افراد سیگاری (گاهگاهی و روزانه) ۷ نفر (۳/۲٪) در فاصله ۵ دقیقه اول صبح بعد از بیدار شدن سیگار می‌کشند، ۱۵ نفر (۶/۸٪) بعد از ۶۰ دقیقه اول صبح سیگار می‌کشند و ۱۵ نفر (۶/۸٪) کمتر از ۱۰ نخ سیگار در روز می‌کشند. نمره متوسط آگاهی در این جامعه ۰/۸۴ یا ۴ یا ۲۱/۰۲ از ۱۰۰ می‌باشد.

نمره متوسط نگرش در این جامعه ۱۲/۵ از ۱۶ یا ۷۸/۳ از ۱۰۰ می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده درصد میانگین نمره نگرش به طور معنی‌داری از میانگین درصد نمره

از مصرف سیگار به عنوان اولین علت قابل پیشگیری از مرگ و میر در سراسر دنیا نام برده می‌شود. براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی سالیانه بیش از ۵ میلیون نفر در دنیا جان خود را به علت بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات از دست می‌دهند.

ورزشکاران به خصوص ورزشکاران تیمهای ملی از جمله افراد محبوب و مطرح در جامعه می‌باشند و بسیار مورد توجه جوانان و نوجوانان هستند. رفتار و عقاید ورزشکاران نسبت به مسائل مختلف از جمله مصرف سیگار می‌تواند الگویی برای طرفدارانشان باشد همینطور ورزشکاران می‌توانند تأثیر بسزایی در ارائه روشهای درست زندگی و دوری از رفتارهای ناسالم در جوانان داشته باشند. اغلب نوجوانان با جمع‌آوری عکس‌ها و مقالات از ورزشکاران محبوب و شاخص گرایش ویژه‌ای برای تبدیل شدن به این اشخاص دارند. ورزشکاران تیمهای ملی به علت وجود گزارش‌های خبری متعدد در رسانه‌های دیداری و شنیداری و نوشتاری در بسیاری از موارد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در این بین نوجوانان از حساسیت بالاتری برخوردار هستند. وجود عادت سیگار کشیدن و یا آگاهی کم و نگرش مثبت در خصوص دخانیات در این گروه خاص می‌تواند به شکل ساده‌ای به بسیاری از نوجوانان انتقال یابد. بنابراین در این مطالعه ما میزان آگاهی و نگرش و وضعیت استعمال دخانیات در این گروه از جامعه را مورد بررسی قرار داده که اطلاع داشتن از میزان آگاهی و نگرش و عملکرد درباره دخانیات در این گروه خاص می‌تواند ما را در اجرای برنامه‌های مداخلاتی آموزشی و یا مبارزه با دخانیات راهنمایی کند. از آنجای که گروه ورزشکاران تیمهای ملی می‌توانند الگوی مجسمی برای جوانان و نوجوانان جامعه باشند از اهمیت ویژه‌ای در این راستا برخوردار هستند. رفتار سیگار کشیدن در آنها با توجه به دانستن بیماری‌زایی دود سیگار اثر فوق‌العاده بر عموم جامعه خواهد داشت و آگاهی از وضعیت نگرش آنان به سیگار در برنامه‌ریزی‌های آموزشی استفاده خواهد شد.

این یک مطالعه مقطعی - توصیفی است که بر روی ورزشکاران مرد ۱۰ تیم ملی از رشته‌های مختلف ورزشی

آگاهی بالاتر می‌باشد، ولی رابطه معنی‌داری بین این دو وجود نداشت.

میانگین نمره نگرش بر حسب تیمهای ورزشی مختلف تفاوت معنی‌داری داشت. میانگین نمره آگاهی بر حسب تیمهای ورزشی مختلف تفاوت معنی‌داری داشت.

در این مطالعه مسئله اصلی مورد بحث وضعیت استعمال دخانیات در بین یکی از گروههای خاص و مورد توجه جامعه به خصوص نوجوانان و جوانان، یعنی ورزشکاران مرد تیمهای ملی می‌باشد. براساس نتایج حاصله میزان استعمال دخانیات در این جامعه (۱۳/۶٪) گزارش شده است که در مقایسه با میزان شیوع مصرف در آقایان کل جامعه کمتر است (۲۷/۲٪). اما در مورد جامعه ورزشکاران این رقم نگران‌کننده می‌باشد که باید مورد توجه مسئولین قرار گیرد.

نزدیک به نیمی از موارد مورد مطالعه در این جامعه تجربه مصرف قلیان یا سیگار داشتند و این در حالی است که ۱۳/۶٪ این افراد (تجربه‌کنندگان) ذکر کرده که احتمالاً در ۵ سال آینده سیگار مصرف می‌کنند و ۴/۵٪ ذکر کرده که حتماً سیگار می‌کشند.

یافته مورد بحث دیگر آگاهی پایین این جامعه نسبت به مضرات سیگار می‌باشد. متوسط نمره آگاهی ۰/۸۴ از ۴ نمره. البته این به منزله اطلاعات عمومی کم در مورد سیگار در این جامعه نمی‌باشد. مسلماً افراد این جامعه از مضر بودن

سیگار آگاه هستند ولی سؤالات طرح شده در پرسشنامه سؤالات ویژه‌ای می‌باشد و حصول این نتیجه دور از انتظار نبوده است اما با توجه به خاص بودن این جامعه و تأثیرشان بر روی جوانان بالا بردن سطح آگاهی و اطلاعات آنها در این سطح مطلوب می‌باشد.

در بررسی‌های انجام شده میزان این آگاهی در گروه سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معنی‌داری نداشت. اما میزان نگرش در خصوص پدیده‌های مرتبط با دخانیات قابل قبول بوده است.

در این مطالعه صرفاً ورزشکاران تیمهای ملی حاضر در اردو در مقطع زمانی خاص مورد بررسی قرار گرفتند نتایج حاصله بیانگر پایین‌تر بودن شیوع استعمال دخانیات در این جمعیت نسبت به جامعه عمومی می‌باشد اما با این وجود این میزان مصرف نیز در گروه ورزشکاران نگران‌کننده می‌باشد. بنابراین بهتر است این مطالعه در بعد وسیعتری (حجم نمونه بیشتر و گستره بیشتر) انجام شود و نتایج آن مورد بررسی قرار گرفته و در اختیار مسئولین ورزش کشور قرار گیرد. از طرفی بررسی علل گرایش ورزشکاران به سیگار و سعی در از بین بردن زمینه‌های آن و ارتقاء سطح آگاهی ورزشکاران در این زمینه می‌تواند باعث بهبود عملکرد ورزشکاران ما در عرصه‌های بین‌المللی شود و همینطور تأثیر مثبتی بر جوانان و نوجوانان ما خواهد داشت.

## برگزاری کارگاه دخانیات ویژه کارشناسان بهداشت محیط

در تاریخ ۸۸/۱۲/۹ کارگاهی ویژه کارشناسان بهداشت محیط در مورد پیشگیری و کنترل دخانیات و تلاش در جهت ایجاد هوای پاک در سالن کنفرانس مرکز بهداشتی درمانی خواجه‌نوری واقع در محدوده شهرداری منطقه ۱۳ توسط دکتر شبنم اسلام‌پناه برگزار شد. در این کارگاه ریاست بهداشت محیط منطقه ۱۳ جناب آقای مهندس حسینی و جناب آقای مهندس زهرایی عضو ثابت کمیته بهداشت محیط منطقه ۱۳ حضور داشتند. جهت آشنایی و اطلاع‌رسانی، به شرکت‌کنندگان این کارگاه، ماهنامه کنترل دخانیات، داده شد.

دکتر اسلام‌پناه در ابتدا با ارائه اسلاید در مورد تأثیرات زیانبار فردی و اجتماعی مصرف دخانیات توضیحاتی ارائه نمود. سپس در مورد راههای پیشگیری و روشهای ترک دخانیات توضیحاتی به تفصیل داده شد. انواع داروهای مورد استفاده در ترک سیگار از جمله آدامس، Patch و ... معرفی

و توضیحات لازم ارائه گردید. در این برنامه به حلقه محکمی که بین فعالیت پزشکان مشغول در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات و همکاران محترم مهندسی بهداشت محیط وجود دارد، اشاره و تأکید شد و نقش بسیار مهم و اساسی کارشناسان مهندسی بهداشت محیط بطور شفاف توضیح داده شد. در پایان، حضار به ۴ گروه تقسیم شده و در هر چهار گروه کارگروهی انجام شد. اشکالات و سؤالات موجود در هر گروه توسط دکتر اسلام‌پناه رفع گردید و هر گروه نتایج بدست آمده را به صورت transparency برای کل جمع ارائه نمودند. در پایان آقای مهندس حسینی در مورد هدف از برگزاری این جلسات و تداوم برگزاری آن بیاناتی را ایراد فرموده و برای کلیه کارشناسان محترم مهندسی بهداشت محیط و پزشکان مشغول در زمینه پیشگیری و کنترل دخانیات آرزوی توفیق در سایه تلاش و همکاری یکدیگر نمودند.

# معاهده جهانی کنترل دخانیات (FCTC)

میانجی یا مصالحه در صدد حل موارد اختلاف برآیند. عدم حصول به توافق از راه همکاری متقابل یا تعیین میانجی یا مصالحه، نافی مسئولیت طرفهای درگیر در ماجرا برای ادامه روشهای مسالمت‌آمیز در حل و فصل مسائل مورد اختلاف نیست.

۲) هر دولت یا سازمان ادغام اقتصادی منطقه‌ای که این معاهده را امضا می‌کند باید در هنگام امضا و تصویب این معاهده و موافقت با آن یا در تاریخ دیگری پس از کتیباً به خزانه‌داری اعلام کند که در صورتی که اختلافی پیش آید و این اختلاف طبق بند اول این ماده حل و فصل نشود، بالاجبار می‌پذیرد که حل و فصل موارد اختلاف پس از طی تشریفات قانونی به مجمع عمومی واگذار شود و مجمع عمومی در این باره به اتفاق آراء تصمیم بگیرد.

## بخش دهم

### ماده ۲۸ اصلاحیه‌های این معاهده

۱) همه اعضا می‌توانند برای این معاهده اصلاحیه پیشنهاد کنند. این اصلاحیه‌ها در مجمع عمومی مورد بررسی قرار می‌گیرد. ۲) اصلاحیه‌های این معاهده باید به تصویب مجمع عمومی برسد. متن هر اصلاحیه، حداقل شش ماه قبل از تاریخی که برای طرح و بررسی آن در مجمع عمومی پیشنهاد شده، توسط دبیرخانه در اختیار کلیه اعضا قرار می‌گیرد. به علاوه دبیرخانه متن اصلاحیه‌های پیشنهادی را در اختیار امضاکنندگان معاهده و برای اطلاع در اختیار خزانه‌داری می‌گذارد.

۳) اعضا باید همه تلاش خود را به کار گیرند که در مورد هر اصلاحیه‌ای که پیشنهاد می‌شود، با اتفاق آراء در مجمع عمومی به توافق برسند. اگر تلاش‌ها برای کسب اتفاق آراء به نتیجه‌ای نرسید و توافقی در این زمینه به دست نیامد، به عنوان آخرین راه حل موضوع به رأی گذاشته می‌شود و در صورتی که حداقل سه چهارم رأی‌دهندگان حاضر در جلسه به آن رأی مثبت دادند، تصویب می‌شود. منظور از رأی دهندگان حاضر در جلسه در این معاهده، آن عده از اعضا می‌باشند که در جلسه حضور دارند و رأی مثبت یا منفی می‌دهند. هر اصلاحیه‌ای که تصویب می‌شود توسط دبیرخانه در اختیار خزانه‌داری قرار می‌گیرد و خزانه‌داری آن را برای امضا به کلیه اعضا ابلاغ می‌کند.

۴) اصلاحیه‌های امضا شده در اختیار خزانه‌داری قرار می‌گیرد. هر اصلاحیه‌ای که طبق بند سه این ماده به تصویب رسیده، پس از گذشت نود روز از تاریخی که خزانه‌داری حداقل دو سوم اسناد امضا شده را از اعضای کنوانسیون

در این بخش، متن معاهده جهانی کنترل دخانیات که توسط سازمان بهداشت جهانی منعقد گردیده در اختیار شما قرار می‌گیرد. قسمتهای پیشین این معاهده در شماره‌های قبلی مجله آمده است.

### ماده ۲۴ دبیرخانه

۱) مجمع عمومی یک دبیرخانه دائمی تأسیس خواهد کرد و مقدمات شروع به کار آن را فراهم خواهد ساخت. مجمع عمومی باید بکوشد در اولین نشستی که دارد این دبیرخانه را تشکیل دهد.

۲) تا زمانی که دبیرخانه دائمی تشکیل نشده، وظایف این دبیرخانه را در مواردی که به این معاهده مربوط می‌شود، سازمان بهداشت جهانی انجام خواهد داد.

۳) وظایف دبیرخانه به شرح زیر است:

الف) فراهم ساختن مقدمات نشست‌های مجمع عمومی و هیأت‌های فرعی آن و ارائه خدماتی که مورد نیاز آنهاست.

ب) ارائه گزارش‌های دریافتی به کنوانسیون

ج) در صورت لزوم، حمایت از کشورهایی که این معاهده را پذیرفته‌اند، مخصوصاً کشورهای در حال توسعه و کشورهایی که اقتصاد در حال گذار دارند در مورد تهیه و ارائه اطلاعات به آنها در زمینه شرایط و مفاد این معاهده

ح) تهیه گزارش‌هایی در مورد فعالیت‌های این کنوانسیون زیر نظر مجمع عمومی و ارائه این گزارش‌ها به مجمع عمومی

خ) جلب همکاری سازمانهای بین‌دولتی منطقه‌ای و بین‌المللی و بقیه گروه‌های ذیصلاح زیر نظر مجمع عمومی

د) دستیابی به توافقات اداری یا اجرایی لازم برای انجام دادن وظایفی که بر عهده دارد تحت نظر مجمع عمومی

ذ) اجرای بقیه وظایفی که کنوانسیون یا یکی از پروتکل‌هایش برای دبیرخانه قایل شده و انجام دادن وظایفی که مجمع عمومی برای آن در نظر گرفته است.

### ماده ۲۵ رابطه بین مجمع عمومی و سازمان‌های بین‌دولتی

مجمع عمومی می‌تواند برای برخورداری از پشتوانه‌های فنی و مالی لازم برای اجرای این معاهده، از سازمان‌های بین‌دولتی منطقه‌ای و بین‌المللی ذیصلاح و از جمله مؤسسات مالی و توسعه‌ای تقاضای همکاری کند.

### ماده ۲۶ منابع مالی

### ماده ۲۷ حل و فصل موارد اختلاف

۱) در صورتی که بین دو یا چند نفر از اعضا در مورد تفسیر یا طرز کاربرد این معاهده اختلافی پیش آید، طرفهای درگیر در ماجرا باید از طرق دیپلماتیک و به وسیله مذاکره یا دیگر روش‌های مسالمت‌آمیز مثل همکاری متقابل یا تعیین

دریافت کرده، برای کسلی که اصلاحیه را امضا کرده‌اند، لازم الاجراست.

۵) پس از این تاریخ، هر یک از اعضا که اصلاحیه را امضا کرده و آن را به خزانه‌داری تحویل داده، باید از نودمین روز تاریخی که سند امضا شده را به خزانه‌داری تحویل داده، اصلاحیه مذکور را به اجرا بگذارد.

#### ماده ۲۹) تصویب و اصلاح ضمایم این معاهده

۱) ضمایم این معاهده و اصلاحیه‌های آن مطابق روالی که در ماده ۲۸ ذکر شد، مورد بررسی قرار می‌گیرد و تصویب می‌شود و قابلیت اجرایی پیدا می‌کند.

۲) ضمایم این معاهده بخش لاینفکی از آن به شمار می‌رود و جز در مواردی که به صراحت ذکر شود، هرگونه ارجاع به این معاهده به معنی ارجاع به ضمایم آن نیز می‌باشد.

۳) ضمایم فقط شامل جدول و نمودارها و موضوعات توصیفی مربوط به مسائل اداری، فنی، اجرایی و تشریفاتی است.

#### بخش یازدهم

#### شرایط نهایی

#### ماده ۳۰) قیدهای احتیاط

برای این معاهده نمی‌توان قید احتیاط گذاشت.

#### ماده ۳۱) انصراف

۱) پس از دو سال از تاریخی که این قرارداد به اجرا گذاشته شده، هر یک از اعضا می‌تواند طی نامه‌ای به خزانه‌داری رسماً و کتباً انصراف خود را اعلام دارد.

۲) انصراف اعضا پس از گذشت یک سال از تاریخ دریافت نامه رسمی اعلام انصراف، توسط خزانه‌داری یا تاریخ دیگری که در نامه رسمی اعلام انصراف قید شده و در هر حال بیشتر از یک سال است، رسمیت خواهد یافت.

۳) هر یک از اعضا که از این کنوانسیون خارج شود، از تمام پروتکل‌های مربوط به این کنوانسیون هم خارج شده است.

#### ماده ۳۲) حق رأی

۱) جز در یک مورد که در بند دو این ماده به آن اشاره می‌شود، هر یک از اعضای این معاهده یک رأی دارد.

۲) سازمان‌های ادغام اقتصادی منطقه‌ای در مواردی که به آنها اختیار داده شده، به تعداد دولتهای عضو آن سازمان که این معاهده را پذیرفته‌اند، حق رأی دارند، ولی اگر یکی از دولتهای عضو این سازمانها از حق خود استفاده کند و رأی بدهد، سازمان مذکور نمی‌تواند از این حق خود استفاده کند و بر عکس.

#### ماده ۳۳) پروتکل‌ها

۱) هر یک از اعضای این معاهده می‌تواند پروتکلی پیشنهاد

کند. این پروتکل‌ها در مجمع عمومی بررسی خواهد شد. ۲) تصویب پروتکل‌هایی که پیشنهاد می‌شود به عهده مجمع عمومی خواهد بود. تصویب این پروتکل‌ها باید تلاش شود که به اتفاق آراء تصویب شوند. اگر تلاش برای کسب اتفاق آراء به نتیجه‌ای نرسید، به عنوان آخرین راه حل موضوع در مجمع عمومی طرح خواهد شد و اگر حداقل سه چهارم رأی‌دهندگان حاضر در جلسه به موضوع رأی مثبت دادند، پروتکل تصویب خواهد شد. منظور از رأی‌دهندگان حاضر در جلسه در این ماده، اعضای است که حضور دارند و رأی مثبت یا منفی می‌دهند.

۳) متن تمام پروتکل‌ها حداقل شش ماه قبل از روزی که قرار است در جلسه مجمع عمومی طرح شود، در اختیار کلیه اعضا قرار خواهد گرفت.

۴) فقط اعضای کنوانسیون جزو طرفهای پروتکل محسوب می‌شوند. ۵) هر پروتکل این معاهده تنها برای اعضای آن پروتکل تعهدآور است. در مورد موضوعاتی که صرفاً به پروتکل خاصی مربوط می‌شود، فقط دولتهای امضاکننده آن پروتکل می‌توانند تصمیم بگیرند.

۶) شرایطی که برای اجراکردن یک پروتکل لازم است، در خود همان پروتکل ذکر خواهد شد.

#### ماده ۳۴) امضا

این معاهده از تاریخ ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳ تا ۲۲ ژوئن ۲۰۰۳ در دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی در ژنو و سپس از تاریخ ۳۰ ژوئن ۲۰۰۳ تا ۲۹ ژوئن ۲۰۰۴ در دفتر مرکزی سازمان ملل در نیویورک باز خواهد بود تا دولتهای عضو سازمان بهداشت جهانی و دولتهایی که عضو سازمان بهداشت جهانی نیستند ولی در سازمان ملل عضویت دارند، و نیز سازمانهای ادغام اقتصادی منطقه‌ای که در سازمان بهداشت جهانی عضویت دارند، آن را امضا کنند.

#### ماده ۳۵) تصویب و تأیید و پذیرش این معاهده و اعلام رسمی موافقت با آن

۱) این معاهده می‌تواند مورد تأیید، تصویب، پذیرش یا موافقت دولتها یا سازمان‌های ادغام اقتصادی منطقه‌ای قرار گیرد. از فردای روزی که این سند جمع‌آوری شد و تاریخی که برای امضای آن در نظر گرفته شده، سپری گشت، می‌تواند مورد تأیید و موافقت بقیه دولتها قرار گیرد.

۲) هر سازمان ادغام اقتصادی منطقه‌ای که به عضویت این کنوانسیون درآید بدون آنکه هیچ یک از اعضایش طرف این معاهده باشند، در مورد تمام مسائلی که در این معاهده به آنها اشاره شده، متعهد و مسئول است. در مورد سازمان‌هایی که یک یا چند تن از اعضایش طرف این معاهده به شمار می‌روند، سازمان و اعضایش نمی‌توانند به صورت همزمان از حقوقی که در این معاهده دارند، استفاده کنند.

## مهمان ویژه این شماره: دکتر زهرا حیدری صبی



باعث خشکی دهان و توقف جریان بزاق شده و به باکتری‌ها اجازه ی عرض اندام و خودنمایی می‌دهد. با کاهش جریان بزاق باکتریها می‌توانند به سرعت تجمع یافته و باعث مشکلات دندانی شود. مسئله بعدی مشکلات لثه‌ای است.

سیگارکشیدن و همچنین علت بسیاری از مشکلات لثه است. استفاده از تنباکو میزان جریان خون در بدن و همچنین در لثه‌ها را کاهش می‌دهد و این می‌تواند، باعث ایجاد مسائل جدی در بافت لثه و استخوانهای فک شود.

لثه‌ها شدیداً متورم و ملتهب و شل می‌شود و چسبندگی به دندان را از دست می‌دهد و باکتریها فرصت نفوذ به این منطقه شل را پیدا می‌کنند و وقتی پلاک به این ناحیه عمیق یعنی فاصله ایجاد شده بین لثه و دندان نفوذ پیدا می‌کند، تمیزکردن آن از این منطقه مشکل است و کم‌کم باعث لق‌شدن دندان می‌شود و اگر این بیماریها توسط یک دندانپزشک جلوگیری و درمان نشود باعث از بین رفتن استخوان اطراف دندان شده و لق‌شدن و از دست رفتن دندانها را باعث می‌شود. مشکل بعدی که توسط سیگار و دخانیات (تنباکو) ایجاد می‌شود تغییر رنگ و بوی بد دهان است.

اگر شما سیگاری نیستید حتماً سعی می‌کنید از نزدیک با سیگارها صحبت نکنید چون بوی بد دهان آنها شما را آزرده می‌کند و علاوه بر آن تغییر رنگی که روی دندانها ایجاد می‌شود بسیار زننده و نازیبا است.

درددهان سیگارها بیشتر از سایرین جرم ایجاد می‌شود که شاید علت آن کم شدن جریان بزاق و به دنبال آن غلیظ شدن بزاق و ایجاد شدن جرم روی دندانها می‌باشد و از طرفی رنگدانه‌های سیاه حاصل از سیگار روی دندانها می‌نشیند و دندانها را زرد یا سیاه جلوه می‌دهد و این جرمها محل تجمعی برای باکتریها و آغاز بیماریهای لثه است.

دکتر زهرا حیدری در سال ۱۳۳۹ در شهرستان تربت حیدریه متولد شد سالهای تحصیل را در شهرهای مشهد، تهران و قوچان گذرانده و در سال ۱۳۵۸ در کنکور سراسری در رشته دندانپزشکی در دانشگاه مشهد قبول شد و بعد از ازدواج و یک سال انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۶۰ به دانشگاه اصفهان منتقل شد و در سال ۱۳۶۵ از آن دانشگاه فارغ‌التحصیل شد و تا سال ۱۳۸۰ در اصفهان مشغول به کار بود و بعد از آن به تهران منتقل و در مرکز آموزشی- پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی مشغول به کار شد. از آنجایی که مصرف دخانیات و بیماریهای دندان ارتباط نزدیکی با هم دارند ما را بر آن داشت که گفتگوی ویژه ای با ایشان داشته باشیم.

### - خانم دکتر استعمال دخانیات چه تاثیری در سلامت دندان دارد؟

از بدیها و مضرات سیگار زیاد شنیده و خوانده‌ایم و حتی روی پاکتهای سیگار هم از مضرات استفاده از آن می‌نویسند، وقتی به سیگار فکر می‌کنیم بیماریهایی نظیر سرطان ریه، تنگی‌نفس، آسم و بیماریهای قلبی به ذهنمان می‌رسد که همگی درست است و تقریباً چیزی را از قلم نینداخته‌ایم جز اولین عضو بدن که سیگار مستقیماً با آن تماس و ارتباط دارد یعنی دهان. از مشکلاتی که سیگار و دخانیات در حفره دهان و دندانها ایجاد میکند می‌توان به: مشکلات لثه، از بین رفتن دندانها، تغییر رنگ دندان و بوی بد دهان، سرطان‌های دهانی، پوسیدگی‌های دندانی، آسیب به کارکرد دندانها، دستیابی به درمان موفق دندانها را سخت‌تر و با اشکال مواجه می‌کند اشاره کرد.

### - چرا سیگار باعث مشکلات دندانی می‌شود؟

البته پلاک دندانی مهمترین عامل ایجاد پوسیدگی در دندانهاست. پلاک ترکیبی از باکتریها و خورده‌های مواد غذایی و کربو هیدرات هاست که بر روی دندانها می‌چسبند.

مواد شیمیایی یافت شده در سیگار مثل نیکوتین مانند تار به دندان و لثه و بقیه قسمت‌های دهان می‌چسبند و این یکی از دلایلی است که یک فرد سیگاری از تنفس سخت و بوی بد دهان رنج می‌برد. همچنین سیگار



مسئله بعدی سیگار و تأثیر آن بر درمانهای دندانپزشکی است. یک دندانپزشک می‌داند که انجام درمانهای اساسی و جدی را برای افراد سیگاری رد می‌شود. در هر صورت سیگار کشیدن به تعداد زیاد درمانهای دندانپزشکی را مختل می‌کند در سیگارها بعد از کشیدن دندان احتمال ایجاد حفره خشک (DRYSOCKET) خیلی زیاد است.

که احتمال ترمیم حفره دندان را کاهش می‌دهد. سیگارها شانس کمی در موفقیت ایمپلنت دارند ترمیم لثه‌ها زمینه اصلی در پروسه ایمپلنت است و سیگار کشیدن این ترمیم را کم و به تأخیر می‌اندازد و انجام عمل بلیچینگ یعنی سفید کردن دندانها نیز با سیگار کشیدن امکان پذیر نیست و نتیجه آن را سریعاً از بین می‌برد.

#### - چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

همه آنچه گفته شد در مورد بدبها و مضرات سیگار بود و هر عقل سلیمی حکم می‌کند انسان با دشمن سلامت خود همزیستی نکند اما به هر حال اگر قرار نیست سیگار را ترک کنید آن را کم کنید و دستورات بهداشتی و استفاده از مسواک و نخ دندان و استفاده از دهان شویه را جدی بگیرید و مراجعه دوره‌ای به دندانپزشک داشته باشید تا لاقفل صدماتی که به خود و سلامتی خود و حفره دهان وارد می‌کنید کمتر شود. اگر سالیانه سیگار می‌کشید و فکر می‌کنید ترک آن به سلامتی شما کمکی نمی‌کند سخت در اشتباهید.

بهترین راه جلوگیری از مشکلات ایجاد شده توسط سیگار ترک آن است. در فردی که سیگار را ترک می‌کند صدمات و تحلیل ایجاد شده به لثه کم نمی‌شود اما لثه سلامت خود را به دست می‌آورد. این بهبودی به سرعت و در عرض یک سال بعد از ترک سیگار بدست می‌آید دندانپزشکان هم می‌توانند خیلی در بدست آوردن این سلامتی به فرد کمک کند و از صدماتی که ممکن است در آینده ایجاد شود جلوگیری کند. سیگار کشیدن و آسیبهای دندانی از موضوعات جدی است که بیشتر مردم به آن فکر می‌کنند دندانپزشکان به صورت مداوم سعی می‌کنند بیمارانشان را از آسیبهایی که توسط سیگار در دندانها، لثه، مخاط دهان و دیگر قسمت‌های مهم بدن ایجاد می‌شود آگاه کنند و این خود شخص و اطرفیان اوست که چقدر به این مسئله اهمیت بدهند.

به امید روزی که ایرانی بدون سیگار و دخانیات داشته باشیم.

سیگارها ۲ تا ۶ برابر بیشتر از غیرسیگارها دچار تخریب لثه می‌شوند و استخوانهای آنها حدود ۵ برابر بیشتر از غیرسیگارها تحلیل می‌رود. علاوه بر اینکه دندانها یا سیگار نازیبا می‌شوند و ترمیم‌های داخل دهان مثل ترمیم‌های رنگ دندان یا روکش هم از این نازیبایی‌ها در امان نیستند و تغییر رنگ می‌دهند و همچنین به علت التهاب لثه زیاد در این افراد روکشا زیبای خود را ندارند.

#### - به عنوان یک دندانپزشک به ما بگویید جدی‌ترین مسئله‌ای که در اثر ترک سیگار ایجاد می‌شود چیست؟ لطفاً توضیح دهید.

کanser دهان. طبق گزارش مرکز سرطان دهان در هر دقیقه یک نفر در اثر سرطان دهان در دنیا می‌میرد تنباکو اولین علت ایجادکننده سرطان دهان است اما اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شود قابل درمان خواهد بود. در مراحل اولیه کانسر دهان به صورت یک زخم دهانی ظاهر می‌شود و این باعث می‌شود که گاهی به آن بی‌توجهی شود. این سرطان می‌تواند به لثه، دهان و حلق و بقیه قسمت‌های دهان گسترش یابد هر چه شخص بیشتر و طولانی‌تر سیگار کشیده یا از تنباکوهای جویدنی استفاده کرده باشد خطر ابتلا به سرطان دهان را در خود بالاتر می‌برد.



احتمال بروز سرطان در سیگارها ۶ برابر افراد غیرسیگاری است. در بین افرادی که سرطان دهان آنها درمان شده و مجدداً سیگار کشیدن را شروع کرده‌اند عود مجدد سرطان ۳۷٪ است و در افرادی که برای همیشه ترک کرده‌اند تنها ۶٪ عود سرطان اتفاق افتاده است دود ناشی از سیگار، پیپ و قلیان منجر به سرطان ناحیه دهان، حلق، حنجره، ششها و حتی مرگ می‌شود. کشیدن پیپ علاوه بر همه اینها عامل مؤثری برای ایجاد سرطان لب است. ۹۰٪ کسانی که به گونه‌ای از سرطان دهان و حلق مبتلا شده‌اند در گذشته نوعی از تنباکو را استعمال می‌کرده‌اند.

نیکوتین، تنباکوی جویدنی سریعتر از سیگار وارد خون می‌شود. نگهداشتن ۲۰ دقیقه‌ای مقداری تنباکو در دهان معادل مصرف ۴ نخ سیگار است. تنباکوی جویدنی خطر ابتلا به سرطان دهان را بسیار بالا می‌برد و زبان مهمترین محلی است که دچار سرطان می‌شود. همچنین مصرف تنباکو منجر به کاهش حس چشایی و بوی بد دهان می‌شود.

## درمان دارویی

### شواهد

درمان دارویی با درمانهای جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون آهسته رهش یک کمک مؤثر به سیگاریهای با انگیزه، برای ترک می‌باشد.

پذیرش درمانهای دارویی، بویژه طول مدت درمان، تأثیر مهمی بر میزان موفقیت دارد.

### توصیه

اگر ممنوعیت مصرف وجود ندارد، درمانهای دارویی باید برای همه سیگاریهای آماده ترک که شواهدی از وابستگی به دخانیات را دارند ارائه شود. درمان دارویی بر پایه شرایط بالینی و تمایل بیمار می‌باشد.

سیگاریهایی که از درمانهای دارویی استفاده می‌کنند باید تشویق شوند که یک دوره زمانی مصرف دارو را به طور کافی را تکمیل کنند (۸ هفته NRT و حداقل ۷ هفته بوپروپیون)

### درمانهای جایگزین نیکوتین (NRT)

هدف درمانهای جایگزین نیکوتین، جایگزین کردن مقداری از نیکوتین سیگار بدون سایر مواد تشکیل دهنده و مضر موجود در دود دخانیات می‌باشد. NRT علامت محرومیت مرتبط با وابستگی به نیکوتین را کاهش داده و به فرد سیگاری کمک می‌کند بر جنبه‌های روانی-اجتماعی ترک سیگار تمرکز کند. بهترین نتایج درمانی زمانی بدست می‌آید که همراه با توصیه‌های رفتاری و پیگیری باشد. در ایران، اسپری‌های استنشاقی و قرصهای زیرزبانی در داروخانه‌ها با نسخه پزشک در دسترسند و آدامس نیکوتینی، برچسبها و سایر انواع آن را می‌توان تهیه نمود.

مطالعه متآنالیز بررسی کارایی NRT توسط کتابخانه کوچران (سیلاگی و همکاران، ۲۰۰۳) و پائل راهنمای ایالات متحده (فیور و همکاران ۲۰۰۰) انجام شد و هر دو به این نتیجه رسیدند که NRT روشی مؤثر است. بررسی کوچران شامل ۶۵ مطالعه بود که درصد ترک ۱۲ ماهه انواع مختلف NRT را با شبه دارو و یا بدون دارو مقایسه می‌کرد. مقدار مؤثر (تفاوت در درصد ترک بین گروه مورد مداخله و گروه کنترل) برای انواع مختلف NRT از ۵٪ تا ۱۲٪ متفاوت بود ولی هیچ نوعی بر دیگری برتری واضحی نداشت. در متآنالیز ۴۷ مطالعه که توسط فیور (سال ۲۰۰۰) انجام شد، مقدار مؤثر از ۷٪ تا ۱۷٪ در مقایسه انواع مختلف NRT با شبه دارو در پیگیری ۶ ماهه بدست آمد. یک مطالعه انجام

## راهنمای ترک سیگار شما می‌توانید

تألیف: دکتر غلامرضا حیدری  
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
پژوهشگاه سل و بیماریهای تنفسی  
مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

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 شمار قرار می‌دهیم. این کتابها حاصل تلاش همکاران این مرکز طی سالهای پیشین بوده که امید است مورد استفاده عزیزان واقع گردد. عنوان اولین کتابی که در اینجا می‌بینید «راهنمای ترک سیگار، شما می‌توانید» است. این کتاب تألیف دکتر غلامرضا حیدری 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: «در طی سالهای فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار همواره با پزشکانی روبرو شدیم که روشهای درمانی ترک سیگار برایشان جالب و ناشناخته بود. وقتی این اشتیاق آموزش را با سالهای تحصیل در دانشکده طب مقایسه می‌کنیم متوجه جای خالی آموزش روشهای ترک سیگار در دروس دانشگاهی علوم پزشکی می‌شویم و چه مفید می‌بود اگر این مطالب که برای فعالیت پزشک عمومی بسیار سودمند است را در دوران تحصیل می‌آموختیم.» سپس در ادامه این مطلب آمده است که این کتاب برای عموم افراد (سیگاری و غیرسیگاری) مورد استفاده واقع می‌شود. «امید است متن پیشرو جهت ارتقاء سطح آگاهی پزشکان درباره روشهای ترک سیگار مفید قرار گیرد.»

شده در استرالیا که برچسبهای پوستی نیکوتین را با شبه دارو مقایسه می‌کرد نشان داد که درصد ترک در بین افرادی که از برچسب استفاده می‌کردند دو برابر افرادی بود که از شبه داروی برچسب استفاده کردند (در پیگیری‌های ۶ ماهه، ۷.۳، ۲.۱ و ۱۰ ساله). متاآنالیز برچسبهای نیکوتین نشان می‌دهد که مصرف برچسبها بیشتر از دو برابر شانس موفقیت را نسبت به استفاده از شبه دارو افزایش می‌دهد. (سیلاگی و همکاران ۱۹۹۴، فیور و همکاران ۱۹۹۴)

### شواهد

آدامس نیکوتینی، برچسب نیکوتینی، اسپری بینی نیکوتینی و استنشاق کننده نیکوتینی همگی درصد ترک را در پیگیری‌های ۵ تا ۱۲ ماهه ۲ برابر در مقایسه با شبه دارو افزایش می‌دهند هیچ تفاوت واضحی در کارایی انواع مختلف NRT در رسیدن به ترک در پیگیری‌های ۵ تا ۱۲ ماهه وجود ندارد.

### توصیه

NRT باید برای افراد سیگاری وابسته به نیکوتین تجویز شود. نوع NRT بستگی به تجربیات و ملاحظات فردی دارد. نشان داده شده که سطوح خونی نیکوتین در افرادی که از NRT استفاده می‌کنند نسبت به کسانی که سیگار می‌کشند پایین‌تر است. بنابراین بیمارانی که در آنها دوزهای استاندارد NRT منجر به علائم پایدار محرومیت می‌شود و این مسأله احتمال عود را در آنها افزایش می‌دهد، می‌توانند از داروهای جایگزین طولانی مدت استفاده کنند. افراد سیگاری که از NRT برای ترک استفاده می‌کنند ممکن است علائم محرومیت را با مسمومیت ناشی از NRT (موارد بسیار نادر) اشتباه بگیرند. بنظر می‌رسد درمان با NRT افزایش وزن ناشی از ترک سیگار را به تعویق می‌اندازد.

### برچسبهای نیکوتینی

مزیت برچسبهای نیکوتینی آسان بودن مصرف آن است. استفاده از برچسبهای نیکوتینی ۲۱ میلی‌گرمی، سطح خونی نیکوتین را معادل نصف سیگار کشیدن بالا می‌برد. هیچ تفاوتی در کارایی و تأثیر انواع ۱۶ و ۲۴ میلی‌گرمی وجود ندارد. ۸ هفته استفاده از برچسب پاندازه استفاده طولانی‌تر مؤثر است و هیچ مدرکی وجود ندارد که قطع تدریجی بهتر از قطع یکباره آن است.

### راهنمای دوزهای مختلف برچسبها:

گروه بیماران دوز ابتدایی طول مدت درمان بیشتر از ۱۰ سیگار در روز و وزن بیشتر از ۸۵ کیلوگرم ۲۱ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۵ میلی‌گرم در ۱۶ ساعت حداقل ۸ هفته

کمتر از ۱۰ سیگار در روز یا وزن کمتر از ۸۵ کیلوگرم یا بیماریهای قلبی عروقی ۱۴ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۰ میلی‌گرم در ۱۶ ساعت حداقل ۸ هفته طول مدت پیشنهادی برای میگابات و Quit x، ۲۱ میلی‌گرمی برای ۶ هفته، ۱۴ میلی‌گرمی برای ۲ هفته، ۷ میلی‌گرم برای ۲ هفته؛ برای نیکوتینل CM۲۳۰، CM۲۲۰، CM۲۱۰، ۳ تا ۴ هفته مصرف برای هر دوز؛ برای نیکورت ۱۵ میلی‌گرمی برای ۱۲ هفته، ۱۰ میلی‌گرم برای ۲ هفته، ۵ میلی‌گرمی برای ۲ هفته.

اثرات موضعی شامل خارش گذرا، سوزش و گرمی محل استفاده می‌باشد که می‌تواند در ۴۷٪ از مصرف‌کنندگان برچسب ایجاد شود، اما معمولاً ملایم است و بندرت منجر به عدم استفاده از برچسب در مصرف‌کنندگان می‌شود. اریتما (قرمزی پوست) هم می‌تواند رخ دهد اما معمولاً بیشتر از ۲۴ ساعت طول نمی‌کشد. کرم هیدروکورتیزون (در ۵۰٪ موارد) می‌تواند در این شرایط مؤثر باشد. در آلرژی تماسی هم که در ۳-۲٪ از افراد مصرف‌کننده بطور ناشایع رخ می‌دهد، باید مصرف برچسبها متوقف شود. بیماران باید برچسب را در محل‌های خشک و بدون مو و در بالای بازو بکار ببرند. تغییر دادن محل استفاده برچسب احتمال واکنشهای پوستی را کم می‌کند. اختلال خواب مانند بی‌خوابی و کابوس می‌تواند رخ دهد. اگر اختلالات خواب مشکل ایجاد نماید، می‌توان برچسب را در طی شب برداشت یا از برچسب ۱۶ ساعته در اوایل روز استفاده کرد. بعد از برداشتن برچسب، جذب نیکوتین تا ۲ ساعت از طریق پوست ادامه می‌یابد.

### آدامس نیکوتین

سطح خونی بدست آمده از مصرف آدامسهای نیکوتینی در آدامسهای ۲ میلی‌گرمی یک سوم و در ۴ میلی‌گرمی سه چهارم افرادی است که سیگار می‌کشند. شواهدی وجود دارد که در سیگارهایی که بیشتر وابسته‌اند (بیش از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند) آدامس ۴ میلی‌گرمی درصد ترک بالاتری نسبت به آدامس ۲ میلی‌گرمی دارد. روش جویدن صحیح در میزان جذب نیکوتین از طریق مخاط دهانی مهم است. بیماران باید آدامس را به آرامی بجوند (حدود ۱۵ بار) تا مزه تند و سوزنده نیکوتین را متوجه شوند. سپس آدامس را داخل دهان یا زیر زبان برای ۲-۱ دقیقه نگه دارند تا این مزه از بین برود و این چرخه را تا ۳۰ دقیقه ادامه دهند. توصیه می‌شود که حداقل ۸-۱۲ قطعه آدامس در روزهای ابتدایی استفاده شود یا طبق یک برنامه ثابت یک قطعه آدامس در هر ساعت مصرف شود زیرا آدامس اگر بطور منظم استفاده شود، مؤثرتر است. تجربیات بدست آمده در



ایران مقدار کمتر مصرف و موفقیت در ترک را نشان می‌دهد. یک مشکل عمده، مصرف کمتر از حد آدامس می‌باشد که در این زمینه، مصرف ۳ ماهه بدنبال یک دوره قطع تدریجی از طرف سازندگان پیشنهاد می‌شود. اثرات جانبی جویدن بسیار سریع آدامس شامل اختلالات دستگاه گوارش، سوزش سردل، تهوع، سکسکه و گاهی سردرد می‌باشد. سایر اثرات جانبی شامل درد ناحیه فک و مشکلات دندانی می‌باشند. افرادی که دندان مصنوعی دارند نباید از آدامس استفاده کنند. وابستگی به آدامس نیز ممکن است ایجاد شود با این حال هر چند این حالت ایده‌آل نیست ولی از سیگار کشیدن مطمئن‌تر است.

#### شواهد

در مواردی که این عوارض وجود دارد بایستی نیمی از یک آدامس را مصرف نمود. در افرادی که بیشتر از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند آدامس ۴ میلی‌گرمی مؤثرتر از ۲ میلی‌گرمی است.

#### توصیه

اگر آدامس نیکوتینی بتوان NRT انتخاب می‌شود، آدامس ۴ میلی‌گرمی باید برای سیگارهای قهار پیشنهاد شود.

#### استنشاق‌کننده نیکوتینی

این دستگاه از یک قسمت دهانی پلاستیکی و یک کارتریج که محتوی ۱۰ میلی‌گرم نیکوتین می‌باشد، تشکیل شده است. با اینکه این دستگاه استنشاق‌کننده نامیده می‌شود ولی جذب نیکوتین آن از طریق مخاط دهانی است نه از طریق مجاری تنفسی. استنشاق‌کننده غلظت خونی نیکوتین را در حدود یک سوم سیگار کشیدن ایجاد می‌کند. استنشاق‌کننده برای سیگارهایی بکار می‌رود که عادت بردن دست به دهان آنها را رنج می‌دهد. یک مطالعه که ۴ نوع NRT از ۶ نوع را مستقیماً مقایسه می‌کرد، نشان داد که هیچ تفاوتی در درصد ترک یا علائم محرومیت در این انواع وجود ندارد. اگرچه پذیرش استنشاق‌کننده و اسپری بینی کمتر می‌باشد. درمان پیشنهادی، ۱۲-۶ کارتریج در روز برای ۱۲ هفته، ۳-۶ تا برای ۲ هفته و ۱-۳ عدد برای ۲ هفته می‌باشد. شایعترین عوارض جانبی شامل سرفه، سردرد، سوزش سردل، تهوع، سکسکه، تحریک گلو و گاه گاهی اختلال در چشایی و تحریک سینوسها می‌باشند.

#### قرصهای لوزی شکل نیکوتین:

قرصهای لوزی شکل از سال ۲۰۰۲ در دسترس می‌باشند. در یک بررسی ۱۲ ماهه، میزان odd ratio برای دوزهای ۲

۲ میلی‌گرمی ۲/۱ (CI %۹۵، ۱/۵۹، ۲/۷۹) و برای دوز ۴ میلی‌گرمی ۲/۶۹ (CI %۹۵، ۱/۶۹، ۴/۲۹) بود. انتخاب دوز مناسب در این مطالعه بر اساس زمان کشیدن اولین سیگار در روز تعیین شده بود. اگر بیماران اولین سیگار خود را در نیم ساعت اول پس از برخاستن از خواب روشن کنند، دوز ۴ میلی‌گرمی مناسب است. جذب نیکوتین قرصهای زیرزبانی از طریق مخاط دهانی می‌باشد. این نوع از NRT برای افرادی مناسب است که انواع سریع NRT دهانی را می‌پسندند ولی بعلت مشکلات آدامس نیکوتینی از آن استفاده نمی‌کنند. (مانند آثانی که دندان مصنوعی دارند)

#### قرصهای زیرزبانی نیکوتینی:

جدیدترین نوع NRT موجود می‌باشد. قرصهای کوچک زیرزبانی در زیر زبان نگه‌داشته می‌شوند تا بتدریج طی ۳۰ دقیقه حل شوند و نیکوتین آن از طریق زیرزبانی جذب شود. همانند قرص لوزی‌شکل مزیت آن این است که احتیاج به جویدن ندارد. سطح نیکوتین بدست آمده از قرصهای ۲ میلی‌گرمی زیرزبانی مشابه یا دوز مشابه آدامس و قرص لوزی‌شکل می‌باشد. سیگارهایی که بسیار وابسته هستند باید از ۲ قرص ۲ میلی‌گرمی هر ۱-۲ ساعت استفاده کنند. در یک مطالعه تصادفی درصد ترک در ۶ ماه در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر بود که قابل مقایسه با سایر انواع NRT می‌باشد.

#### دوزهای بالاتر و درمانهای ترکیبی جایگزین نیکوتین

سیگارهای بسیار وابسته (۲۰ سیگار یا بیشتر در روز) از آدامسهای ۴ میلی‌گرمی بیشتر از ۲ میلی‌گرمی سود می‌برند. همچنین ممکن است برچسبهای با دوزهای بالاتر نسبت به برچسبهای ۱۵ تا ۵۲ میلی‌گرمی ۱۶ یا ۲۴ ساعته فواید بیشتری داشته باشد.

اگرچه هنوز در اطلاعات دارویی NRT ثابت نشده است، درمانهای سریع‌الاثرا مانند آدامسها که تسکین سریع ایجاد می‌کنند و داروهای کند اثر مانند برچسبها که در مطالعات مختلفی مورد تجویز قرار گرفته و با یکدیگر مقایسه شده‌اند بر یکدیگر ارجحیت دارند.

یک متآنالیز از درمانهای ترکیبی نشان داد که درمانهای ترکیبی تقریباً شانس ترک را در ۱۲ ماه در مقایسه با درمان با یک نوع از دارو دو برابر می‌کند. همانند سایر بیماران که از NRT استفاده می‌کنند بیمارانی که از دوزهای بالا و درمانهای ترکیبی استفاده می‌کنند باید از نظر علائم افزایش دوز یا کاهش آن مورد بررسی قرار گیرند.

### شواهد

در بسیاری از سیگارهای وابسته استفاده از درمانهای ترکیبی با انواع مختلف NRT مؤثرتر از یک نوع درمان به تنهایی می‌باشد.

### توصیه

درمان ترکیبی NRT در بیمارانی که قادر نیستند در ترک بمانند یا علائم محرومیت آنها علیرغم مصرف یک نوع NRT ادامه دارد، باید تجویز شود.

### خطر درمانهای جایگزین نیکوتین

در اطلاعات بدست آمده ثابت شده NRT برای بعضی بیماران منع مصرف دارد. در افرادی که سابقه انفارکتوس میوکارد اخیر، آنژین صدری ناپایدار یا سکته‌های مغزی CVA داشته‌اند، متخصصان بالینی ممکن است استفاده از NRT را بر ادامه دادن مصرف سیگار ترجیح دهند. توصیه یک متخصص قلب می‌تواند به پزشک عمومی در تصمیم‌گیری برای تجویز NRT کمک کند. بیمار باید از خطرات و فواید آن آگاه شود. انفارکتوس میوکارد اخیر به بروز انفارکتوس در طی ۲ هفته اخیر اطلاق می‌شود.

جدول زیر موارد منع مصرف را بطور خلاصه آورده است:

آدامس افراد غیرسیگاری، شیردهی، بارداری، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)

برچسب افراد غیرسیگاری، انفارکتوس میوکارد حاد، آنژین صدری ناپایدار، آریتمی شدید، CVA اخیر، بیماری پوستی (حساسیت به برچسب)، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)، بارداری، شیردهی

قرص لوزی‌شکل افراد غیرسیگاری، بیماری فنیل کتون اوری، آنژین ناپایدار، آنژین پریژستال، آریتمی شدید، MI اخیر، سکته مغزی، بارداری، شیردهی، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)

قرص زبرزبانی افراد غیرسیگاری، MI اخیر، آنژین ناپایدار، آریتمی شدید فاز حاد سکته مغزی، بارداری، کودکان

### شواهد

هیچ شواهدی از افزایش خطر در اثر مصرف NRT در افرادی با وضعیت پایدار قلبی عروقی وجود ندارد. مطالعات متعددی ثابت کرده که هیچ رابطه‌ای بین برچسب نیکوتینی و حوادث قلبی حاد وجود ندارد.

### توصیه

NRT می‌تواند بطور مطمئن در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی پایدار تجویز شود. NRT باید در موارد MI اخیر، آنژین ناپایدار، آریتمی شدید یا CVA اخیر با احتیاط تجویز شود. این بیماران باید از صدمات ناشی از ادامه دادن سیگار کشیدن آگاه شوند.

اطلاعات بدست آمده و ثابت شده در تمامی انواع NRT نشان می‌دهد که همگی در بارداری و شیردهی منع مصرف دارند. مطالعات انسانی در مصرف NRT در دوران حاملگی و شیردهی محدودند و اثرات میزان کم نیکوتین بر جنین انسانی غیرمشخص است. راهنمای ترک سیگار که در انگلیس، ایالات متحده و نیوزیلند تهیه شده پیشنهاد می‌کند که روشهای غیردارویی ترک سیگار در حاملگی ترجیح داده می‌شوند. براساس راهنمای ایالات متحده، خطر استفاده از درمانهای دارویی در بارداری و زمانی که زن باردار به دلایلی قادر به ترک نمی‌باشد کمتر از ادامه مصرف سیگار می‌باشد. زنان باید در مورد فواید و مضرات دارو تحت مشاوره قرار بگیرند تا بتوانند یک تصمیم آگاهانه را اتخاذ نمایند. کتاب پزشکی استرالیا نشان می‌دهد که در دوران شیردهی مقایسه خطرات و فواید به نفع استفاده از درمان جایگزین می‌باشد.

### شواهد

شواهدی از بی‌خطر بودن NRT در حاملگی وجود ندارد اما گزارشهای کمیته‌های تخصصی استفاده از آن را در بعضی موقعینها توصیه می‌کند.

### توصیه

درمان دارویی با NRT در شرایطی که زن باردار قادر به ترک نمی‌باشد و احتمالاً فواید ترک بر خطرات NRT و ادامه دادن به مصرف سیگار غلبه دارد باید در نظر گرفته شود.

افزایش دوز نیکوتین زمانی رخ می‌دهد که بیمار از دوز بالای درمانهای جایگزین استفاده می‌کند یا به سیگار کشیدن در حین استفاده از NRT ادامه می‌دهد. شایعترین علائم افزایش دوز نیکوتین شامل رنگ‌پریدگی، تعریق سرد، تهوع، افزایش ضربان قلب و بی‌قراری می‌باشد. علائمی که کمتر شایعند عبارتند از افزایش بزاق، استفراغ، درد شکمی، اسهال، سردرد، سرگیجه، اختلال بینایی و شنوایی، ترمور، اختلال تمرکز و ضعف. اگر این علائم در اثر مصرف دوزهای بسیار بالای NRT باشند، دوز NRT باید واضحاً کاهش یابد و اگر وابسته به ادامه سیگار کشیدن در حین مصرف NRT باشد لازم است که بیمار سیگار کشیدن را در زمان مصرف NRT ترک کند.

## بوپروپیون آهسته‌رهش (زیبان)

زیبان یک درمان خوراکی غیرنیکوتینی است که به ترک سیگار کمک می‌کند. بوپروپیون یک بازدارنده ضعیف نسبی جذب نورونی نورآدرنالین و دوپامین می‌باشد که حداقل اثرات را بر سروتونین دارد و منوآمین اکسیداز را مهار نمی‌کند. مکانیسمی که توسط آن بوپروپیون توانایی بیماران را برای ترک سیگار افزایش می‌دهد شناخته نشده است.

اگرچه به نظر می‌رسد که این عمل توسط مکانیسم‌های مرکزی نورآدرنرژیک یا دوپامینرژیک انجام می‌شود. بوپروپیون به کاهش علائم محرومیت در ارتباط با ترک سیگار کمک می‌کند. در مطالعات کارآزمایی بالینی یا در بررسی بر روی جمعیت عمومی ثابت شده است که این دارو دارای خاصیت وابستگی‌آور نمی‌باشد. بوپروپیون در یک برنامه درمانی، بعنوان یک درمان کمکی کوتاه مدت برای افراد وابسته به نیکوتین، باهدف افزایش باقی ماندن در ترک تجویز می‌شود. بوپروپیون بصورت یک درمان اولیه ۳۰ قرص و سپس ۶۰ قرص تجویز می‌شود. تنظیم باید در اولین مشاوره انجام شود و سپس در جلسه پیگیری ارزیابی گردد. این جلسه پیگیری یک فرصت با ارزش برای حمایت از مراحل ترک و تشویق کیفیت مصرف بوپروپیون می‌باشد.

بوپروپیون یک درمان مؤثر در ترک سیگار می‌باشد. استفاده از بوپروپیون در طی ۶ ماه پیگیری تقریباً شانس ترک را در مقایسه با شبه دارو دو برابر می‌کند (۳۰٪ در مقابل ۱۷٪). (۲۳/۳۰، ۲۷/۸ CI: ۹۵٪) (زمانیکه بعنوان بخشی از یک برنامه درمانی مؤثر و پیگیری‌های منظم و استراتژیهای مختصر رفتاری باشد). یک بررسی اخیر از بوپروپیون در ترک سیگار نشان می‌دهد که این دارو در طیفی از جمعیت بیماران که مشکلات قلبی، تنفسی و افسردگی دارند مؤثر است. بوپروپیون بطور مشخصی مؤثرتر از شبه دارو در بیماران COPD می‌باشد (ترک در ۱۶ ماه ۱۶٪ است در مقایسه با ۹٪). این در شرایطی است که ترک سیگار حداکثر اهمیت را دارد. در یک مطالعه بوپروپیون مؤثرتر از برچسب نیکوتینی گزارش شده است اما شواهد بیشتری برای مقایسه درمانهای دارویی یا یکدیگر مورد نیاز می‌باشد.

### شواهد

بوپروپیون آهسته رهش یک درمان دارویی مؤثر برای ترک سیگار می‌باشد

### توصیه

بوپروپیون باید برای افراد سیگاری که از نظر کلینیکی برای این درمان مناسبند، همراه با مشاوره تجویز شود

بوپروپیون در بیماران زیر منع مصرف دارد:

- حساسیت به بوپروپیون
- سابقه قلبی یا فعلی تشنج
- تومورهای شناخته شده دستگاه عصبی مرکزی CNS
- علائم محرومیت ناگهانی از الکل یا بنزودیازپین‌ها
- سابقه قلبی یا فعلی پرخوری عصبی یا بی‌اشتهایی عصبی
- کسانی که مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز را طی ۱۴ روز اخیر مصرف کرده‌اند.

بیماران با ریسک فاکتورهای مستعدکننده تشنج نباید بوپروپیون مصرف کنند مگر فوائد ترک سیگار از افزایش خطر تشنج بیشتر باشد. فاکتورهای مستعدکننده تشنج عبارتند از:

- مصرف همزمان داروهایی که آستانه تشنج را کم می‌کنند مانند ضدسایکوزها، ضدافسردگیها (مانند SSRIها و سه حلقه‌ایها) داروهای ضد مالاریا، ترامادول، تنوفیلین، استروئیدهای سیستمیک، کینولون‌ها و آنتی‌هیستامینهای خواب‌آور
- سوء مصرف الکل
- سابقه ضربه مغزی

- دیابت‌های درمان شده با هایپوگلیسمی با انسولین

- استفاده از مواد محرک یا محصولات آنورتیک. همچنین در بیماران اسکیزوفرنی بعلت احتمال تشدید اپیزودهای سایکوز.

- بی‌خطر بودن بوپروپیون در حاملگی ثابت نشده است. مقادیر کم بوپروپیون و متابولیت‌های آن در شیرمادر ترشح می‌شوند. بی‌خطر بودن و کارایی دارو در بیماران زیر ۱۸ سال ثابت نشده است.

در مطالعه‌ای که توسط جورن بای و همکاران (۱۹۹۹) انجام شد، شایعترین عوارض جانبی بصورت بی‌خوابی (۴۲٪)، سردرد (۲۶٪)، خشکی دهان (۱۱٪)، سرگیجه (۱۱٪)، تهوع (۱۰٪) و اضطراب (۹٪) گزارش شد. خطر تشنج ۰/۱٪ (۱/۱۰۰۰) بوده و بیماران باید از عوارض جانبی احتمالی آن مطلع شوند. واکنشهای بیماری سرم مانند آرتراژی، میالژی و تب می‌تواند همراه با راشهای پوستی تظاهر نماید که معمولاً ۲۰-۱۰ روز بعد از شروع مصرف بوپروپیون رخ می‌دهند. دوز حداکثر و دوز توصیه شده بوپروپیون ۳۰۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد که بصورت ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز داده می‌شود. دوز ابتدایی ۱۵۰ میلی‌گرم است که یکبار در روز برای ۷ روز تجویز می‌شود و به ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز با فاصله حداقل ۸ ساعت افزایش داده می‌شود. درمان با بوپروپیون باید در زمانی که بیماران هنوز سیگار می‌کشند آغاز شود و ترک باید در هفته دوم درمان انجام شود و دارو حداقل برای ۷ هفته ادامه یابد. به نظر می‌رسد که درمان با

بوبروپرون افزایش وزن مرتبط با ترک سیگار را به تأخیر می‌اندازد.

در یک مطالعه تصادفی کنترل شده توسط جورن بای و همکاران (۱۹۹۹)، ترکیب بوبروپرون با برجسب نیکوتینی بطور مشخص مؤثرتر از برجسب به تنهایی می‌باشد (درصد ترک در ۱۲ ماه در درمان ترکیبی ۲۵/۵٪ در مقایسه با ۱۶/۴٪ می‌باشد) اما این درمان ترکیبی بطور معنی‌داری بهتر از بوبروپرون به تنهایی نمی‌باشد (۳۰/۳٪) در مطالعه دیگر بالا رفتن فشار خون در بعضی بیماران در مصرف همزمان بوبروپرون و برجسب نیکوتینی مشاهده شده است. این حالت در افرادی که سابقه افزایش فشار خون قبلی دارند، شایعتر می‌باشد.

#### شواهد

درمان ترکیبی با بوبروپرون و برجسب نیکوتینی مؤثر است.  
توصیه

درمان ترکیبی با بوبروپرون و برجسب نیکوتینی باید برای درمان افراد سیگاری بکار رود که قبلاً در ترک با یکی از این درمانها موفق نبوده‌اند. فشار خون باید در طی درمان اندازه‌گیری شود.

#### سایر انواع درمانهای دارویی

بررسی سیستماتیک کوچران بر روی ضدافسردگیهایی که در ترک سیگار بکار می‌روند نشان داد که شواهدی از تأثیر نورتریپتیلین وجود دارد. (هوگس و همکاران ۲۰۰۳) اثر نورتریپتیلین توسط قیور و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز بررسی شد. در یک متآنالیز بر روی سه مطالعه درصد ترک ۳۰/۱٪ (CI/۹۵، ۱۸/۱، ۴۱/۶) در مقابل ۱۱/۷٪ در گروه شبه دارو بود. مصرف نورتریپتیلین بخاطر عوارض جانبی آن مانند خواب‌الودگی، خشکی دهان، سرگیجه و سبکی سر، محدود است. همچنین خطر آریتمی در بیمارانی که بیماری قلبی عروقی دارند، وجود دارد. به نظر نمی‌رسد در افراد با سابقه افسردگی کارایی نورتریپتیلین تحت تأثیر قرار بگیرد.

#### شواهد

نورتریپتیلین یک درمان مؤثر ترک سیگار در افراد با و یا بدون سابقه افسردگی می‌باشد.

#### توصیه

نورتریپتیلین باید بخاطر عوارض جانبی‌اش بعنوان یک داروی خط دوم درمان مدنظر گرفته شود.

کلونیدین یک آگونیست مرکزی آدرنرژیک است که برای

کاهش علائم محرومیت بویژه هوس سیگارکشیدن بکار می‌رود. در یک متآنالیز بر روی ۵ مطالعه توسط فیور و همکاران (۲۰۰۰)، کلونیدین درصد ترک را در ۵ ماه در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر می‌کند. عوارض جانبی کلونیدین بویژه در هایپوتانسیون وضعیتی، بطور گسترده‌ای مصرف آن را در ترک سیگار محدود کرده است. نالتروکسن یک آگونیست مخدر طولانی‌اثر است که کمکی در ترک سیگار به شمار نمی‌رود. در یک مطالعه که ۶۸ سیگاری در آن شرکت داشتند هیچ تفاوت واضحی در درصد ترک بین نالتروکسون و گروه شبه دارو وجود نداشت. بررسی کوچران در مورد مصرف ضد اضطرابها در ترک سیگار نشان داد که هیچ شواهدی در تأثیر این داروها بر ترک سیگار وجود ندارد. هرچند نتایج موجود نتوانستند اثرات احتمالی آنرا رد کنند.

#### انواع دیگر درمانهای ترک سیگار

##### طب سوزنی

طب سوزنی بعنوان روش کمکی در ترک سیگار موضوع تعدادی از مطالعات می‌باشد. در دو مطالعه متآنالیز نتایج مورد بررسی قرار گرفت که هیچ تفاوت واضحی بین طب سوزنی فعال یا غیرفعال مشاهده نشد.

##### هیپنوتیزم

هیپنوتیزم روش کمکی دیگری در ترک سیگار به شمار می‌رود که موضوع تعدادی از مطالعات می‌باشد (مانند بعضی مطالعات کنترل شده). اما بررسی سیستماتیک کوچران نشان داد که بین روشها و نتایج بدست آمده از متآنالیز مقالات ناهمگونی وجود دارد. همچنین نشان داده شد که هیپنوتیزم در ترک ۶ ماهه نسبت به سایر مداخلات یا حتی عدم درمان تأثیر بیشتری ندارد.

#### شواهد

هیچ تأثیر واضحی از طب سوزنی یا هیپنوتیزم در ترک سیگار دیده نشده است.

#### توصیه

با توجه به مدارک موجود، طب سوزنی و هیپنوتیزم بعنوان روش ترک سیگار توصیه نمی‌شوند.

با این وجود به نظر می‌رسد در مواردی که از روش‌های استاندارد ترک سیگار موفقیتی بدست نمی‌آید نیابستی این افراد را از شانس استفاده از دیگر روش‌ها محروم نمود.  
ادامه دارد.....



**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 - نیلوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات پست نمایید یا به شماره ۰۲۱۰۹۵۱۵ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: www.tpcrc.ac.ir ارسال نمایید.

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟	الف- تمام محتوا را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	ب- بر حسب نیاز به آن مراجعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	ج- بطور اتفاقی آن را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	د- به هیچ وجه از آن استفاده نمی‌کنم <input type="checkbox"/>	
۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟	الف- پژوهشی علمی <input type="checkbox"/>	ب- پژوهشی موردی <input type="checkbox"/>	ج- مطالعه عمومی <input type="checkbox"/>	د- مطالعه تخصصی <input type="checkbox"/>	
۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	الف- خیلی زیاد <input type="checkbox"/>	ب- زیاد <input type="checkbox"/>	ج- کافی <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- خیلی کم <input type="checkbox"/>
۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟	الف- عالی <input type="checkbox"/>	ب- خوب <input type="checkbox"/>	ج- مناسب <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- بسیار کم <input type="checkbox"/>
۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟	الف- بسیار تخصصی <input type="checkbox"/>	ب- تخصصی <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- غیر علمی <input type="checkbox"/>	ه- بسیار پایین <input type="checkbox"/>
۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟	الف- بسیار تخصصی <input type="checkbox"/>	ب- تخصصی <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- غیر علمی <input type="checkbox"/>	ه- بسیار پایین <input type="checkbox"/>
۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟	الف- بسیار مناسب <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- نامناسب <input type="checkbox"/>	ه- بسیار نامناسب <input type="checkbox"/>
۱۱- فاصله زمانی انتشار مجله (یکبار در ماه) چگونه است؟	الف- زیاد <input type="checkbox"/>	ب- مناسب <input type="checkbox"/>	ج- کم <input type="checkbox"/>		
۱۲- در صورت امکان بخشهای مختلف مجله را از بهترین (۱) تا بدترین (۷) امتیازبندی کنید.	الف- سخن روز ---	ب- فعالیتهای مرکز ---	ج- اخبار داخلی ---	د- اخبار بین الملل ---	ه- مقالات برگزیده ---
		و- زیر ذره بین ---	ز- صفحه آخر ---		
۱۳- به نظر شما چه عناوین / مطالب / و یا بخشی باید به نشریه اضافه شود؟					

**پیشنهادها و انتقادات:**

# کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور

شماره ۸ اردیبهشت ۱۳۸۹ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی تن و بیماریهای ریوی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مرکز همکاری کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی

