

کنترل دخانیات



ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور
سال دوم شماره ۸ اردیبهشت ماه ۱۳۹۰ - تیراژ ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال



اردیبهشت ۹۰

۳	معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
۴	سخن روز
۵	مقالات منتخب
	هنگامی که سیگاری‌ها خارج و غیرسیگاری‌ها وارد می‌شوند: آلودگی و مجاورت با دود دست سوم باقیمانده
۹	زیر ذره‌بین
	کاهش استعمال قلیان باید به یک هدف جهانی تبدیل شود
۱۳	ما توانستیم، شما هم می‌توانید
۱۵	فعالیت‌های مرکز
	برگزاری جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما پیوندید
۱۷	اخبار کشوری
	اعتیاد به سیگار
	ورود یک سوم سیگار مصرفی کشور از طریق قاچاق
	اثرات مخرب سیگار بر روی دهان و دندان
	تخریب شبکه‌ی در افراد سیگاری شدیدتر است
	سیگار کشیدن درد سرطان را تشدید می‌کند
۲۱	اخبار بین‌المللی
	ممنوعیت مصرف سیگار در تاکسی‌های ژاپن
	روزانه ۱۶۰ نفر در اسپانیا به دلیل بیماری‌های مرتبط با سیگار می‌میرند
	اثر استعمال تخمیلی دخانیات در طی دوره جنینی بر روی زایایی نوزاد پسر
	عمر کوتاه سیگاری‌ها
	قاچاقچیان در بالکان، تجارت در بازار سیاه
	افزایش خطر ابتلا به آرتروز و درمان دشوار آن بر اثر استعمال دخانیات
	اجرای مصوبه جهانی منع استعمال سیگار
۲۵	نشستی با صاحب‌نظران
	دکتر نوشین جلاپر
۲۸	فناوی مختلف درباره دخانیات
۲۹	سینما و دخانیات
	سخنرانی پادشاه
۳۳	قانون جامع کنترل دخانیات
۳۵	مروری بر کتب چاپ شده
	درباره سیگار

معرفی مرکز تحقیقات

پیشگیری و کنترل دخانیات

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

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

دیدگاه:

ما برآنیم که جامعه‌ای عاری از دخانیات داشته باشیم.

اهداف:

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





سالهای طولانی است که درباره مفسرات دود سیگار و بیماری‌های آن صحبت شده است و در سالیان اخیر هم به دفعات درباره استنشاق دود سیگار دیگران به عنوان دود دست دوم و یا سیگاری غیرفعال اشاره کرده ایم و می‌دانیم که دود سیگار برای افراد غیرسیگاری هم بسیار مضر می‌باشد و همان بیماری‌ها را تولید می‌کند اما نکته چرید و جالب، یافتن دود دست سوم سیگار و مفسرات آن می‌باشد. این دود که بعد از مصرف سیگار در سطوح مختلف اشیاء، لوازم و البسه می‌نشیند و بعد از مدتی باز در هوا پراکنده می‌شود نیز می‌تواند مضر باشد و در سطوح بسیار پایین در خون یافت می‌شود. مطالعات چرید در این باره بسیار است و جالب است بدانیم که این دود دست سوم برای فرد سالان و اطفال که بیشتر روی زمین حرکت و بازی می‌کنند و یا در بغل بزرگسالان جای می‌گیرند تأثیر چند برابری دارد. امید است افراد سیگاری هم به فکر خود باشند و هم به فکر اطرافیان و بدانند هیچ حد کم ضرری برای سیگار یافت نشده است.

سردبیر



When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure

Georg E Matt,¹ Penelope J E Quintana,² Joy M Zakarian,³ Addie L Fortmann,⁴ Dale A Chatfield,⁵ Eunha Hch,² Anna M Uribe,² Melbourne F Hovell²

¹Department of Psychology, San Diego State University, San Diego, California, USA

²Graduate School of Public Health, San Diego State University, San Diego, California, USA

³San Diego State University Research Foundation, San Diego, California, USA

⁴San Diego State University/University of California at San Diego Joint Doctoral Program in Clinical Psychology, San Diego, California, USA

⁵Department of Chemistry, San Diego State University, San Diego, California, USA

Correspondence to

Georg E Matt, Department of Psychology, San Diego State University, San Diego, California 92182-4611, USA; gmatt@sciences.sdsu.edu

Received 14 April 2010

Accepted 22 September 2010

Published Online First

30 October 2010

ABSTRACT

Background This study examined whether thirdhand smoke (THS) persists in smokers' homes after they move out and non-smokers move in, and whether new non-smoking residents are exposed to THS in these homes.

Methods The homes of 100 smokers and 50 non-smokers were visited before the residents moved out. Dust, surfaces, air and participants' fingers were measured for nicotine and children's urine samples were analysed for cotinine. The new residents who moved into these homes were recruited if they were non-smokers. Dust, surfaces, air and new residents' fingers were examined for nicotine in 25 former smoker and 16 former non-smoker homes. A urine sample was collected from the youngest resident.

Results Smoker homes' dust, surface and air nicotine levels decreased after the change of occupancy ($p < 0.001$); however dust and surfaces showed higher contamination levels in former smoker homes than former non-smoker homes ($p < 0.05$). Non-smoking participants' finger nicotine was higher in former smoker homes compared to former non-smoker homes ($p < 0.05$). Finger nicotine levels among non-smokers living in former smoker homes were significantly correlated with dust and surface nicotine and urine cotinine.

Conclusions These findings indicate that THS accumulates in smokers' homes and persists when smokers move out even after homes remain vacant for 2 months and are cleaned and prepared for new residents. When non-smokers move into homes formerly occupied by smokers, they encounter indoor environments with THS polluted surfaces and dust. Results suggest that non-smokers living in former smoker homes are exposed to THS in dust and on surfaces.

INTRODUCTION

Secondhand smoke (SHS) is composed of sidestream smoke emitted from the smouldering tip of a cigarette (80% to 90%) and exhaled mainstream smoke (10% to 20%). It contains a complex and dynamic mixture of more than 4000 chemical compounds in the form of gases and particulate matter, and has been classified as a human carcinogen and an indoor air pollutant.¹⁻⁴ Immediately after emission, tobacco smoke undergoes physical and chemical changes, and the mixture of chemical compounds interacts with the environment.

The combination of tobacco smoke pollutants remaining in an indoor environment has been referred to as residual tobacco smoke pollution or,

more popularly, thirdhand smoke (THS).⁵⁻⁶ THS includes a mixture of semivolatile compounds found in SHS that have sorbed or settled on surfaces of an indoor space and are later re-emitted into the air. THS also encompasses particulate matter that has deposited and accumulated on surfaces and in dust, or has become trapped in carpets, upholstery, fabrics and other porous materials commonly found in indoor environments. THS also may contain secondary pollutants created from reactions of tobacco smoke pollutants with oxidants and other compounds in the environment.

The constituents of THS that have been identified so far include nicotine, 3-ethenylpyridine (3-EP), phenol, cresols, naphthalene, formaldehyde and tobacco-specific nitrosamines (some absent in freshly emitted tobacco smoke).⁷⁻⁸ THS exposure results from the involuntary inhalation, ingestion, or dermal uptake of THS pollutants in the air, in dust and on surfaces. It includes inhalation exposure to compounds re-emitted into the air from indoor surfaces and particles resuspended from deposits, and dermal and ingestion exposure to compounds partially derived from cigarette smoke and resulting particles that have settled, deposited and accumulated on surfaces and dust. Some of the compounds in THS are odorous and are experienced as an unpleasant, stale tobacco smoke odour on smokers, in rooms in which smoking has occurred, or on non-smokers or objects that have been in smokers' environments.

Research suggests that THS pollutants in dust, air and on surfaces in homes and cars may persist as long as months after the last known tobacco use occurred.⁹⁻¹⁰ Evidence collected in field and controlled laboratory studies shows that indoor environments in which tobacco is regularly smoked become reservoirs of tobacco smoke pollutants, potentially leading to the involuntary exposure of non-smokers to THS in the absence of concurrent smoking and long after smoking has taken place.¹¹⁻¹³ Our previous research found that infants of smoking mothers were exposed to tobacco smoke pollutants through THS even though their mothers had strict indoor smoking bans and never smoked near their children.⁹

This study examined homes of smokers and non-smokers who were about to move out to better understand the persistence of THS during a change of occupancy. Before the first occupants moved out, we measured levels of THS in their homes and the extent to which non-smoking residents were involuntarily exposed to tobacco smoke. We revisited these homes after new non-smoking residents

ترجمه و نقد:

دکتر غلامرضا حیدری

هنگامی که سیگاری‌ها خارج و غیرسیگاری‌ها وارد می‌شوند: آلودگی و مجاورت با دود دست سوم باقیمانده

پس‌زمینه: این مطالعه به منظور بررسی ماندن دود سیگار دست سوم در خانه افراد سیگاری بعد از خارج شدن آنان و داخل شدن افراد غیرسیگاری و میزان مواجهه آنان با دود طراحی شده است.

روش: خانه ۱۰۰ فرد سیگاری و ۵۰ فرد غیر سیگاری قبل از خروج آنان مورد بازدید قرار گرفت. گرد و غبار، سطوح، هوا و انگشتان افراد برای وجود نیکوتین و نمونه ادراری کودکان جهت وجود کوتینین مورد بررسی قرار گرفت. این بررسی‌ها در افراد غیر سیگاری که وارد خانه می‌شوند انجام گرفت. نمونه ادراری در کوچک‌ترین فرد هر خانه بررسی شد.

یافته‌ها: میزان نیکوتین گرد و غبار، سطوح و هوا در خانه سیگاری‌ها بعد از ورود افراد افزایش داشت اگرچه این میزان گرد و غبار و سطوح در خانه افراد سیگاری بالاتر از خانه افراد غیر سیگاری قبلی بود. نیکوتین انگشت افراد غیر سیگاری در خانه افراد سیگاری بالاتر از افراد خانه غیر سیگاری بود. این میزان در مقایسه با مقدار نیکوتین گرد و غبار و کوتینین ادراری ارتباط مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: این نتایج مشخص می‌کند که دود دست سوم در خانه افراد سیگاری تجمع پیدا می‌کند و باقی می‌ماند حتی وقتی که تا ۳ ماه افراد سیگاری خارج شده باشند. این وضعیت وقتی که افراد غیر سیگاری وارد خانه افراد سیگاری می‌شوند در مواجهه با سطوح و هوا با آلودگی دود دست سوم بوجود می‌آید.

نقد و بررسی: ایده طراحی مطالعه بسیار نو و تأثیرگذار است. سالهاست که درباره دود سیگار و دود دست دوم سیگار صحبت شده است حتی در این اواخر دود دست سوم سیگار نیز به‌تازگی و چندین بار مورد اشاره قرار گرفته است که سیگار کشیدن افراد سیگاری در خارج از

گرفته است که سیگار کشیدن افراد سیگاری در خارج از منزل نیز نمی‌تواند برای افراد غیر سیگاری مجاور در خانه بهداشتی و کم‌ضرر باشد چراکه مشخص شده است وجود دود دست سوم در لباس و سطح بدن او به دیگران آسیب وارد می‌کند. اما در این مطالعه نکته مهم وجود و تأثیر دود دست سوم در خانه افراد سیگاری است که بعد از مدت‌ها (تا ۲ ماه) توسط افراد غیرسیگاری جایگزین می‌شوند. در مقدمه مقاله می‌آید که دود دست سوم به واسطه وجود بعضی از ارگانسیم‌های موجود در هوا و نیز بعضی از ذرات معلق به‌القوه می‌تواند مضرتر باشد و این دود شامل موادی مانند نیکوتین، ۳ اتیلین پیریدین، فنل، کرزول، نفتالین فرمالوئید و نیتروزامین مخصوص تنباکو است. بعضی از این مواد در دود دخانیات یافت نمی‌شوند. در مطالعات قبلی دیده شده است که حتی محدودیت شدید برای سیگار کشیدن خارج از منزل در مادران باز به مقدار قابل توجهی نیکوتین و متابولیت‌های آن را در نوزادان و فرزندان آنان نشان داده است که این مهم ناشی از وجود دود دست سوم بوده است. این مطالعه که به صورت تجربی کوازی طراحی شده است افراد سیگاری و غیرسیگاری را قبل و بعد از تخلیه خانه و جایگزین شدن ارزیابی می‌کند.

نکاتی که در مرحله اول مورد دقت قرار گرفته است شامل وجود افراد بالای ۱۸ سال و با سابقه حداقل ۶ ماه زندگی در آن منزل، حرف زدن انگلیسی، تصمیم برای ترک خانه در ماه آینده و جایگزین شدن نفرات جدید، مصرف حداقل ۷ نخ سیگار در هفته توسط افراد سیگاری داخل خانه، نداشتن مهمان سیگاری در خلال ۶ ماه قبل در خانه افراد غیر سیگاری، مجاورت نداشتن کودکان زیر ۱۲ سال با دود سیگار در ۶ ماه قبل بوده است.

برای مطالعه و مصاحبه و ارزیابی برای هر نفر بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ دلار پرداخت شده است و تمامی مراحل توسط هیئت بررسی دانشگاه ایالت سن‌دیگو مورد تأیید قرار گرفته است.

همان‌طوریکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود تفاوت معنی داری در ویژگی‌های افراد در دو مرحله مطالعه دیده نمی‌شود و به صورت قابل قبولی می‌توان مقایسه اثر دود دست سوم را بررسی نمود. در جدول ۲ مشخص است که خانه افراد سیگاری به طور معنی داری دارای میزان

مختلف نیز با اینکه بعد از جابجایی افراد سیگاری با غیر سیگاری این اعداد بسیار کمتر شده است ولیکن مشاهده می‌شود که به نسبت خانه افراد غیرسیگاری که بسیار ناچیز گزارش شده است این مقدار بالاتر می‌باشد. در انتهای مقاله آمده است که آلودگی مرتبط با دود دخانیات بعد از اینکه این افراد خانه‌ها را ترک می‌کنند حتی تا ۲ ماه باقی می‌ماند و وقتی افراد غیر سیگاری وارد منزل می‌شوند می‌توانند در مجاورت آنها باشند. این شرایط برای کودکان و نوزادان به صورت بارزی خود را نشان می‌دهد چراکه رفتار وابسته به سن مانند مکیدن، در دهان گذاشتن اشیاء و تماس دست به دهان قابل توجه می‌باشد. بایستی به این مهم تا کامل بودن سیستم تنفسی و ایمنی کودکان را هم اضافه کنیم و خطر احتمالی بسیاری از بیماری‌های ناشی از دخانیات قابل بررسی بیشتر می‌باشد.

بالتری از نیکوتین موجود در هوا و گرد و غبار بر حسب اتاق‌های مختلف می‌باشد. در جدول ۳ مشاهده می‌کنیم که مقدار نیکوتین انگشت و کوتی‌نین ادرار افراد غیر سیگاری در خانه افراد سیگاری نسبت به خانه افراد غیر سیگاری افزایش داشته است. و به صورت جامع در جدول شماره ۴ آمده است که برای هر یک از آلودگی‌های یک سطح مشخص تعیین شده است و در دو مرحله به روشنی نشان داده می‌شود. که هر یک از تغییرات بر حسب جایگزین شدن افراد سیگاری و غیرسیگاری در خانه‌ها چگونه است. همان‌طوریکه می‌بینید کوتی‌نین ادرار به صورت بارزی در افراد غیرسیگاری مقیم در خانه افراد سیگاری بالاتر می‌باشد. (۴۰٪ بیشتر از شاخص در برابر ۸٪) این مهم در مقایسه نیکوتین انگشت (۳۵٪ بیشتر از شاخص در برابر ۰٪) دیده می‌شود. در مورد نیکوتین هوا در اتاق‌های

Table 1 Participant and home characteristics

Characteristic	Part 1		Part 2	
	Non-smoker homes N = 50	Smoker homes N = 94	Non-smoker homes N = 16	Smoker homes N = 25
Participant				
Female	86%	75%	85%	76%
Age, years* †	33	38	26	27
Race/ethnicity				
White	38%	37%	46%	38%
Hispanic	28%	12%	46%	19%
Black	24%	31%	8%	29%
Other	10%	20%	0%	14%
Target child				
Female	44%	44%	29%	0%
Age, years*	4.0	4.3	2.9	3.4
Race/ethnicity				
White	24%	19%	29%	14%
Hispanic	26%	25%	43%	57%
Black	22%	31%	0%	29%
Other	28%	25%	29%	0%
Number of residents living in home* †	4	2	3	2
Square footage of home* †	767	591	764	666
Household income* †	US\$37220	US\$25500	US\$32000	US\$34000

*Median.

†p<0.01 (two sided) part 1 smoker versus non-smoker homes.

Table 2 Tobacco smoke pollution in smoker and non-smoker homes before (part 1) and after (part 2) the change of occupancy

	Part 1: original occupants, N mean (95% CI)	Part 2: new non-smoker occupants, N mean (95% CI)
Indoor smoking, cigarettes/week		
All non-smoker homes	50 0	16 0
All smoker homes	94 60.17 (49.60 to 72.95)	25 0
Same non-smoker homes	16 0	16 0
Same smoker homes	25 68.57 (46.94 to 99.94)	25 0
Air nicotine, $\mu\text{g}/\text{m}^3$		
Living room:		
All non-smoker homes	50 0.02 (0.01 to 0.03)	16 0.14 (0.00 to 0.34)
All smoker homes	81* 1.86 (1.38 to 2.44)	23 0.29 (0.07 to 0.34)
Same non-smoker homes	16 0.04 (0.00 to 0.07)	16 0.14 (0.00 to 0.34)
Same smoker homes	19 1.96 (1.01 to 3.34)	19 0.23 (0.07 to 0.41)
Bedroom:		
All smoker homes	74† 1.44 (1.00 to 1.97)	22 0.12 (0.04 to 0.19)
Same smoker homes	19 1.55 (0.75 to 2.73)	19 0.13 (0.05 to 0.22)
Surface nicotine, $\mu\text{g}/\text{m}^2$		
Living room:		
All non-smoker homes	50 1.6 (0.8 to 3.0)	16 1.5† (0.4 to 3.7)
All smoker homes	94 98.7 (61.2 to 158.6)	24 10.0‡ (3.1 to 28.6)
Same non-smoker homes	16 1.4 (0.3 to 3.6)	16 1.5† (0.4 to 3.7)
Same smoker homes	24 211.7 (85.2 to 523.9)	24 10.0‡ (3.1 to 28.6)
Bedroom:		
All smoker homes	67 50.1 (29.4 to 84.7)	23 7.5 (1.9 to 24.4)
Same smoker homes	23 66.1 (24.8 to 173.5)	23 7.5 (1.9 to 24.4)
Dust nicotine, $\mu\text{g}/\text{g}$		
Living room:		
All non-smoker homes	50 2.9 (1.1 to 4.0)	16 2.3§ (1.0 to 4.4)
All smoker homes	93 39.6 (30.0 to 52.2)	25 10.9§ (6.4 to 18.2)
Same non-smoker homes	16 2.7 (1.1 to 5.3)	16 2.3§ (1.0 to 4.4)
Same smoker homes	25 47.6 (26.6 to 84.7)	25 10.9§ (6.4 to 18.2)
Bedroom:		
All smoker homes	76 30.7 (22.2 to 42.2)	23 11.0 (6.0 to 19.6)
Same smoker homes	23 40.4 (23.1 to 70.2)	23 11.0 (6.0 to 19.6)
Dust nicotine, $\mu\text{g}/\text{m}^2$		
Living room:		
All non-smoker homes	49 3.6 (2.2 to 5.6)	16 3.1 (0.8 to 8.3)
All smoker homes	92 58.8 (40.9 to 84.3)	25 7.6 (3.6 to 15.2)
Same non-smoker homes	15 4.2 (1.3 to 10.6)	15 3.4 (0.8 to 9.6)
Same smoker homes	25 76.2 (33.1 to 173.6)	25 7.6 (3.6 to 15.2)
Bedroom:		
All smoker homes	73 51.0 (34.7 to 74.8)	21 7.3 (3.0 to 16.2)
Same smoker homes	21 75.4 (36.7 to 153.9)	21 7.3 (3.0 to 16.2)

*Part 1 living room air monitors were not placed in nine smoker homes because residents were moving in <7 days, and air monitors were not returned by residents of four smoker homes.

†Part 1 bedroom air monitors were not placed in nine smoker homes because residents were moving in <7 days, or in six studio apartments, and were not returned by residents of five smoker homes.

‡ $p=0.0059$ (directional) part 2 non-smoker versus former smoker homes.

§ $p=0.0002$ (directional) part 2 non-smoker versus former smoker homes.

Table 3 Exposure to tobacco smoke pollution in smoker and non-smoker homes before (part 1) and after (part 2) occupants move

	Part 1: original occupants, N mean (95% CI)	Part 2: new non-smoker occupants, N mean (95% CI)
Urine cotinine, ng/ml		
All non-smoker homes	50 0.15 (0.09 to 0.21)	13 0.13* (0.00 to 0.27)
All smoker homes	31 5.42 (3.88 to 7.46)	20 0.45* (0.13 to 0.86)
Same non-smoker homes	13 0.14 (0.00 to 0.29)	13 0.13† (0.00 to 0.27)
Same smoker homes	5 3.66 (1.49 to 7.70)	5 0.61‡ (0.00 to 2.26)
Finger nicotine, ng/wipe		
All non-smoker homes	50 0.47 (0.04 to 1.08)	11 0.75‡ (0.00 to 3.06)
All smoker homes	91 660.21 (441.58 to 986.84)	19 5.19§ (0.81 to 20.12)
Same non-smoker homes	11 1.35 (0.00 to 8.02)	11 0.75§ (0.00 to 3.06)
Same smoker homes	18 803.65 (387.84 to 1664.96)	18 5.85§ (0.90 to 23.72)
Reported exposure, cigarettes/week		
All non-smoker homes	50 0	12 0
All smoker homes	31 14.19 (7.16 to 27.28)	20 0.40 (0.00 to 1.15)
Same non-smoker homes	12 0	12 0
Same smoker homes	5 18.49 (0.10 to 343.13)	5 1.52 (0.00 to 20.01)

* $p=0.0344$ (one sided) part 2 smoker versus part 2 non-smoker homes.

† $p=0.1176$ (one sided) part 2 smoker versus part 2 non-smoker homes.

‡ $p=0.0402$ (one sided) part 2 smoker versus part 2 non-smoker homes.

§ $p=0.0339$ (one sided) part 2 smoker versus part 2 non-smoker homes.

Table 4 Percentage of homes with detectable levels of cotinine in non-smoker's urine, nicotine on non-smoker's fingers and nicotine in house household dust, air and surfaces

	Cut-off*	Part 1: original occupants, percentage \geq cut-off value	Part 2: new non-smoker occupants, percentage \geq cut-off value
Urine cotinine			
Non-smoker homes	0.30 ng/ml	10	8
Smoker homes		97	40
Finger nicotine			
Non-smoker homes	50.0 ng/wipe†	2	0
Smoker homes		93	35
Air nicotine living room			
Non-smoker homes	0.10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	6	25
Smoker homes		90	44
Air nicotine bedroom			
Non-smoker homes	0.10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	NA	NA
Smoker homes		78	39
Surface nicotine living room			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{m}^2$	16	19
Smoker homes		86	54
Surface nicotine bedroom			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{m}^2$	NA	NA
Smoker homes		75	44
Dust nicotine living room			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{g}$	28	19
Smoker homes		90	84
Dust nicotine bedroom			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{g}$	NA	NA
Smoker homes		84	70
Dust nicotine living room			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{m}^2$	31	25
Smoker homes		91	60
Dust nicotine bedroom			
Non-smoker homes	5.0 $\mu\text{g}/\text{m}^2$	NA	NA
Smoker homes		64	52

*Cut-offs were established to discriminate between smoker and non-smoker homes.

†Wipes were 0.1 m \times 0.1 m; 50 ng/wipe is equivalent to 5.0 $\mu\text{g}/\text{m}^2$.



کاهش استعمال قلیان باید به یک هدف جهانی تبدیل شود

استعمال سیگار را در تمامی گروه‌های سنی داشته‌اند. بنا به گزارش مرکز کنترل بیماری‌های ایالات متحده، در سال ۲۰۰۵ میلادی ۲۴ درصد از بزرگسالان سنین ۱۸ تا ۲۴ ساله و ۲۳ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی سیگار استعمال می‌کردند. در صورتی که این افراد در سنین پایین‌تر استعمال سیگار را آغاز کرده باشند نسبت به افرادی که در سنین بالاتر استعمال سیگار را آغاز کرده‌اند احتمال ابتلای بالاتر اعتیاد به نیکوتین دارند و همچنین افرادی که قلیان استعمال می‌کنند ممکن است به سادگی و به دنبال تشدید اعتیادشان، به استعمال سیگار تغییر عادت دهند. به این ترتیب، صنعت دخانیات ممکن است محبوبیت رو به رشد استعمال قلیان را به عنوان موقعیتی برای هدف قرار دادن جمعیتی که پیش از این بازار پر سود فرآورده‌های دخانیاتی فعلی برای آنها تدارک دیده شده بود، بنگرد.

قلیان‌ها چگونه عمل می‌کنند؟

قلیان‌ها در طرح‌ها، اندازه‌ها، جنس‌ها و رنگ‌های مختلف وجود دارند اما همگی از اجزای مشترکی تشکیل شده‌اند: ظرفی که دخانیات در آن قرار گرفته و معمولا به همراه ذغال مشتعل یا خاکه مشتعل ذغال داغ می‌شود؛ تنگ یا محفظه دود که بخشی از آن با آب پر می‌شود؛ یک لوله یا مجرا که کاسه را از طریق لوله دیگری که دود را به سوی پایین و داخل آب منتقل می‌کند به تنگ متصل می‌کند؛ شلنگ به همراه سرقلیاتی که دود از طریق آن از کاسه مکیده می‌شود. با فرو دادن دود توسط شخص، دود حاصل از دخانیات از کاسه به سوی پایین مکیده شده و پس از عبور همراه با تولید حباب در آب به محفظه دود وارد شده و از طریق شلنگ به دهان شخص می‌رسد. دود در تنگ خنک می‌شود و بعضی از ترکیبات تار و ذرات آن تصفیه می‌شود. پس از هر نوبت استعمال قلیان، آب کدر بیرون ریخته می‌شود و تنگ قلیان برای فرد یا افراد بعدی مجدداً پر می‌شود. معمولا هر مرتبه

در حالی که در ایران در مورد استفاده از قلیان در قهوه خانه‌ها ممنوعیت قانونی وجود دارد، اما برخورد عملی با آن چندان جدی نیست. منابع سازمان جهانی بهداشت از افزایش جهانی استعمال قلیان توسط جوانان در سال‌های اخیر ابراز نگرانی می‌کنند.

با توجه به بحث‌هایی که اخیراً در مورد مجاز بودن یا نبودن قلیان در جامعه و رسانه‌ها مطرح شده، مقاله‌ای زیر توسط کارشناسان یک انجمن غیردولتی با نام شبکه باکس (BACCUS) که نقش رهبری را در مبارزه با دخانیات در ایالات متحده به عهده گرفته تهیه شده است که اطلاعات جالب توجهی را در مورد رواج قلیان در کشورهای مختلف و از جمله ایالات متحده به دست می‌دهد.

رواج قلیان، چالشی بر سر راه سلامت عمومی در قرن بیست و یکم محسوب می‌شود. در حال حاضر برآورد می‌شود که در سراسر جهان ۱۰۰ میلیون نفر همه روزه برای استعمال دخانیات از قلیان استفاده می‌کنند. در دهه گذشته افزایش چشمگیری در فراگیری استعمال قلیان در بین جوانان مناطق خاورمیانه، جنوب شرق آسیا، آفریقا، اروپا، کانادا و ایالات متحده را شاهد بوده‌ایم. نشانه‌های محبوبیت در حال گسترش قلیان در میان نوجوانان و بزرگسالان ایالات متحده را می‌توان در میان گزارش‌های رسانه‌ها و افزایش سریع تعداد مراکز عرضه قلیان (کافه‌ها یا رستوران‌ها) در شهرهای بزرگ و نزدیک به محدوده‌های دانشگاهی مشاهده کرد. در آمریکا افراد جوان استعمال کننده می‌توانند قلیان‌ها را در مراکز عرضه به قیمت ساعتی ۱۰ تا ۲۰ دلار اجاره کنند یا تنها به قیمت حداقل ۱۴ و حداکثر ۲۰۰ دلار یا بیشتر خریداری کنند و همچنین مخلوط تنباکو را به قیمت بسته‌ای ۷ دلار خریداری کنند. به دلیل گرایش نوجوانان و جوانان به آزمودن چیزهای جدید، این دسته از افراد به استعمال قلیان حساس‌تر هستند. در ایالات متحده، افراد جوان پیش از این بالاترین میزان

استعمال قلیان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد اما ممکن است تا چندین ساعت هم ادامه داشته باشد. اگر چه در میان انگلیسی زبان‌ها پیش از همه از واژه hookah استفاده می‌شود ولی واژه‌های دیگری همچون narghile یا ghalyun, goza, nargile و bubble نیز برای نامیدن قلیان وجود دارند.

قلیان‌ها با شلنگ‌های منفردی ساخته می‌شوند که یک یا تعداد بیشتری از آنها برای استفاده چندین نفر به بدنه متصل می‌شود. قلیان‌ها از مواد مختلفی ساخته می‌شوند و در رنگ‌های مختلفی وجود دارند. بسیاری از آنها کارهای هنری استادکاران ماهری در هند، ایران، ترکیه، و خاورمیانه هستند. خاستگاه استعمال قلیان احتمالاً از هندوستان بوده و پس از آن به ایران، افغانستان، خاورمیانه، ترکیه و آفریقا گسترش یافته است. قلیان‌ها در ابتدا برای استعمال تریاک و حشیش استفاده داشته اما در انتهای قرن شانزدهم و اوایل قرن هفدهم و با ورود تنباکو از آمریکا و گشایش قهوه‌خانه‌های عمومی، محبوبیت بیشتری یافته است که از آن پس قلیان‌ها تبدیل به بخش جدایی‌ناپذیر فرهنگ قهوه‌خانه‌ای در افرادی که به همراه دوستان خود ساعت‌ها به استعمال دخانیات، نوشیدن چای نعنا یا قهوه، یا بازی شطرنج، دومینو یا تخته نرد می‌گذرانند، شد. با گذشت سال‌ها، قلیان در فرهنگ بومی ترکیه، خاورمیانه، ایران، افغانستان، هندوستان و بخش‌هایی از آفریقا جای باز کرد.

استعمال قلیان عملی تشریفاتی محسوب می‌شد که قوانین دقیقی در مورد هر مرحله از فرایند آماده‌سازی، افروختن و استعمال آن حاکم بود. خودداری از به اشتراک گذاردن قلیان با میهمان اهانتی بزرگ قلمداد می‌شد. اغلب استعمال‌کنندگان قلیان در خاورمیانه را مردان بزرگسال یا پیرزنان سالخورده تشکیل می‌دادند اما قلیان در میان زنان ترکیه‌ای طبقه بالای اجتماع که به جای بعدازظهر یا همنشینی‌های روشنفکری دعوت می‌شدند نیز معمول بود. با در دسترس قرار گرفتن گسترده‌تر سیگار در قرن گذشته، استعمال قلیان کاهش یافت. اغلب استعمال‌کنندگان قلیان را سالخوردگان و مردان بازنشسته‌ای که در قهوه‌خانه‌های بازار محلات فقیرنشین دور هم جمع

می‌شدند تشکیل می‌دادند. از دهه ۱۹۹۰، استعمال قلیان به سرعت افزایش یافت و از خاورمیانه به دیگر بخش‌های جهان از جمله ایالات متحده رسید. دلایل اصلی عمومیت رو به رشد استفاده جهانی قلیان از دهه ۱۹۹۰ را می‌توان با عرضه تنباکوی ترکیبی معطر، رشد گسترده مراکز عرضه قلیان، خرید و فروش فعال و تحریک رسانه‌ها در مورد این مد جدید مرتبط دانست.

بسیاری از شرکت‌ها برای تبلیغ محصولات خود اقدام به راه‌اندازی وب‌سایت‌های اینترنتی کرده‌اند. این شرکت‌ها برای جذب مشتریان انواع متنوعی از قلیان‌ها برای مثال قلیان‌های مصری، قلیان‌های شیخ، قلیان‌های دوار و قلیان‌های مدرن را برای فروش پیشنهاد می‌کنند و یا به این محصولات نام‌های نامانوسی همچون شهرزاد، شهبانوی سوری و شهبانوی نقرتی می‌دهند.

به این ترتیب رسانه‌ها نیز با پرزرق و برق نشان دادن استعمال قلیان، در گسترش یافتن آن در سطح جهانی سهم بوده‌اند. گزارشگران روزنامه‌های آمریکایی به صورت غیرمستقیم و حتی با هشدار در مورد برخی مضرات بالقوه برای سلامت، استعمال قلیان را برای دانشجویان و دیگر جوانان به عنوان عملی نو، باب روز و بی‌خطر معرفی می‌کنند.

مضرات استعمال قلیان

از آنجا که برخی از استعمال‌کنندگان قلیان، سیگار هم استعمال می‌کنند، ارزیابی خطر اختصاصی استعمال قلیان دشوار است. این امر که مضرات مربوطه در چه حدی است، به دوره و تعداد دفعات استعمال بستگی دارد و در محتوای انواع مختلف دخانیات‌های قلیان تفاوت زیادی وجود دارد.

به رغم دشواری‌های ذکر شده، مطالعات انجام شده در خصوص اینکه استعمال قلیان جایگزینی بی‌خطر برای استعمال سیگار نیست دلایلی کافی ارائه می‌کنند. اثبات شده است که دود قلیان حاوی غلظت‌های بالایی از مونوکسیدکربن، نیکوتین، تار و فلزات سنگین است. علاوه بر این از آنجایی که موادی همچون ذغال و یا خاکه‌های چوب که معمولاً به عنوان منبع حرارتی

بکار می‌روند، موادی سمی مثل مونوکسیدکربن، فلزات و مواد سرطان‌زا تولید می‌کنند و ممکن است مضرات مربوط به سلامت را افزایش دهند. علاوه بر این، خطرات ذکر شده ممکن است به واسطه استفاده از ذغال‌های سریع‌سوز که نسبت به ذغال‌های سنتی مورد استفاده در خاورمیانه مونوکسیدکربن بیشتری تولید می‌کنند افزایش یابد.

آن دسته از مشکلات مربوط به سلامت که توسط محققان در خاورمیانه، چین و هند شناخته شده عبارت است از سرطان ریه، دهان و ممانه و همچنین سرطان‌های مری و حفره شکم، ناراحتی‌های قلبی و مشکلات تنفسی، از دیگر مضرات مربوط به سلامت می‌توان به اعتیاد به نیکوتین و عفونت‌هایی همچون سل، زگیل و هیپاتیت نام برد که به واسطه استفاده مشترک از سرفلیاتی‌ها که در بسیاری از فرهنگ‌ها رسم معمولی به شمار می‌رود، انتقال می‌یابد.

زنانی که در دوران بارداری استعمال قلیان داشته‌اند نیز ممکن است جنین خود را در معرض خطر وزن کم هنگام زایمان، پایین بودن رشد کودک براساس معیارهای پزشکی (آپگار) و زجر تنفسی قرار دهند. کودکانی که در معرض دود قلیان‌هایی که در منازل استعمال می‌شود قرار دارند ممکن است به ناراحتی‌های تنفسی مبتلا شوند و مشکلاتی مشابه مشکلاتی که کودکان خانواده‌هایی که در آنها سیگار مصرف می‌شود، داشته باشند.

با این حال تصور نادرست در میان استعمال‌کنندگان قلیان آن است که در صورتی که همچون اغلب افراد سیگاری که هر روز استعمال می‌کنند قلیان را تنها گهگاه استعمال کنند به هیچ‌گونه عارضه‌ای مبتلا نخواهند شد. در صورتی که در حقیقت حتی افرادی که قلیان را تنها گهگاه استعمال می‌کنند نیز به دلیل آنکه در هر مرتبه استعمال که عموماً ۴۵ دقیقه تا بیش از یک ساعت طول می‌کشد مقادیر زیادی از دود مملو از مواد سمی را استنشاق می‌کنند ممکن است در معرض خطر باشند. محققان در کشورهای خاورمیانه مواردی را یافته‌اند که در آن به نوجوانان اجازه استعمال قلیان داده می‌شود و حتی در برخی موارد خانواده‌ها پس از صرف غذا استعمال اشتراکی

قلیان وجود داشته و در مقایسه با استعمال سیگار، تمایل بیشتری در بین زنان مشاهده شده است. در ایالات متحده استعمال قلیان توسط بیشتر رسانه‌ها، تکفروشان قلیان و مراکز عرضه قلیان به عنوان یک عمل اجتماعی دلپذیر و بی‌خطر برای دانشجویان و دیگر جوانان استعمال‌کننده معرفی و تشویق می‌شود. برخی دانشجویان استعمال قلیان را به دلیل ارزان‌تر بودن و بی‌خطر بودن نسبت به استعمال مواد مخدر و یا مواد شادی‌آور مراکز تفریحی و مسائل بالقوه خطرناک این فعالیت‌ها به تفریحات دیگر ترجیح می‌دهند.

راهبرد مبارزه

سیاست‌های بازدارنده استعمال در فضاهای عمومی ممکن است به پیشگیری و کاهش استعمال قلیان کمک کند چرا که استعمال‌کنندگان قلیان به استعمال جمعی و همراه دوستان در کافه‌ها و دیگر اماکن عمومی تمایل دارند. اخیراً برخی کشورها همچون ایرلند، نروژ و سوئد در خصوص هوای پاک اماکن سربرسته قوانینی وضع کرده‌اند. در ایالات متحده ۲۲ ایالت و منطقه کلمبیا از قوانین هوای پاک تبعیت می‌کنند که در ۱۳ مورد از آنها تقریباً در تمامی اماکن عمومی و محیط‌های کاری استعمال دخانیات ممنوع است.

به هر حال در اغلب این ایالت‌ها قوانین هوای پاک نتوانسته‌اند مراکز عرضه قلیان را از فعالیت باز دارند چرا که آنها ادعا می‌کنند مراکز عرضه دخانیات هستند. مراکز عرضه قلیان در صورتی که عمده درآمد آنها از محل فروش فرآورده‌های دخانیاتی باشد و اصولاً فعالیت آنها فروش فرآورده‌های دخانیات برای مصرف مشتری‌های داخل ملک تجاری و متعلقات آن باشد محدودیت قانونی ندارند.

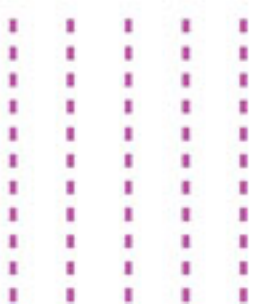
قانون هوای پاک در اماکن سربرسته در چندین کشور و برخی ایالت‌های آمریکا تصویب شده است. با این حال در این کشور، مراکز عرضه قلیان در برخی ایالت‌ها جزء استثناها قلمداد شده‌اند. این مراکز نه تنها به فعالیت خود ادامه داده‌اند بلکه برخی از موارد تازه تأسیس در شهرهای بزرگ و نزدیک به دانشکده‌ها



دیگر سیاست‌هایی که اثرات مضر استعمال قلیان را کاهش خواهد داد عبارت است از: اطمینان از در دسترس قرار دادن سرفلیانی‌های پلاستیکی یکبار مصرف توسط این مراکز به منظور پیشگیری از انتقال عفونت‌ها در میان استعمال‌کنندگانی که قلیان را به صورت اشتراکی استعمال می‌کنند. همچنین مشخص شده است سیاست‌هایی که در خصوص کاهش استعمال سیگار اتخاذ می‌شود در کاهش استعمال قلیان‌ها نیز مؤثر است. این سیاست‌ها عبارتند از در نظر گرفتن محدودیت‌هایی در خرید و فروش، قراردادن برجسب‌های گمراه‌کننده (برای مثال حاوی صفر میلی‌گرم تار)، استفاده از برجسب‌های هشداردهنده در مورد مضرات بالقوه برای سلامت بر روی محصولات و نظارت بر محتوای تنباکوها. اعمال مالیات بر این تنباکوه‌های ترکیبی همچنین ممکن است گرایش به استعمال قلیان را در میان افراد جوان کاهش داد.

www.Tobaccofreeu.org

عملا یک شبه پدیدار شدند. همچنین از آنجایی که تنباکوی قلیان همچون تنباکوی سیگار مشمول قوانین ترکیبات تشکیل‌دهنده نیست، مالکان مراکز عرضه قلیان می‌توانند ادعا کنند که ترکیبات ابتکاری آنها حاوی تار و یا نیکوتین اندکی بوده و یا فاقد تنباکوی سیگار است. علاوه بر این، مالکان مراکز عرضه قلیان ملزم به استریل کردن و یا تعویض سرفلیانی‌های قلیان‌های خود نیستند و بنابراین با به اشتراک گذاشتن قلیان‌ها با دیگران، مشتریان خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی قرار می‌دهند. کارشناسان معتقدند بسیاری از کشورها و برخی ایالت‌های آمریکا برای رهایی از دود دست دوم نیاز به سیاست‌هایی جدید دارند. همچنین طرفداران کنترل دخانیات و دیگر افراد بایستی برای از میان برداشتن این خلاءهای قانونی با آگاه کردن سیاست گذاران در خصوص مضرات مربوط به سلامت و ترغیب این سیاست‌گذاران به تغییر قوانین یکصدا شوند.



ما توانستیم، شما هم می‌توانید



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 و همچنین مصاحبه‌ای با آنها انجام می‌گیرد. شاید با خواندن این مصاحبات و یادداشتها، سایر افراد سیگاری نیز تشویق به ترک سیگار گردند. فراموش نکنند که هیچ‌وقت برای ترک سیگار دیر نیست.

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

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

ما توانستیم، شما هم می‌توانید!

بنام خدا

چرا شیخای تنوی و چرا نصیب بدترک شیخا و رقتی
 شیخای تنوی به علت نادانی و وسوسه جوانی بود که در همه جمع می شویم و می گفتیم ما شیخای
 نمی شویم و هر سوخته که بخوانیم یعنی کتیم اما بعد از صدتی متوجه شدیم که دیگر قادر
 به ترک شیخا نیستیم و می خوار که نصیب بدترک آن گرفته ایم به خاطر صدمه بردن
 ضربه های آن می باشد و به خاطر بدی به شیخا و در جمع وارد می شویم از همان
 بدمان می آید و نصیب بدترک آن گرفته ایم انشاء الله
 صبح ۱۵ شهریور

من دانستم شما هم می ترانید

من به عنوان یک فردی که شیخا را بدوم اما خود بخود نه الا آن غیر شیخا می هستم
 به شما توصیه می کنم یا به عبارتی خود نفس را کتم شیخا را ترک کنید همه به جامه
 لعنت می کنید و هم به خانواده خودتان هم به خودتان نفس کنید این دشمن جانان
 را از خود هر چه زودتر برانید فرج اسادات می بخش
 ۱۵ شهریور

برگزاری جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

۹- مقرر گردید مرکز در جلسه شبکه تحقیقات سرطان حضور یابد و با انتخاب مراکز مشابه در سراسر کشور جلسه مستقل و اختصاصی برگزار گردد.

۱۰- با نتایج داوری گزارش پایانی طرح بررسی اثر داروی وارنیکلین در ترک سیگار موافقت گردید.

۱۱- مقرر گردید از رئیس دفتر سلامت محیط و کار وزارت بهداشت جهت حضور در جلسات شورای پژوهشی دعوت به عمل آید.

۱۲- با اجرای ۴ برنامه ارائه مقالات، کارگاه آموزشی ترک، پائل معاهده جهانی و پائل دخانیات و زنان در کنگره بیماری‌های ریوی سال آینده موافقت گردید.

۱۳- جهت طرح «بررسی تأثیر حاد مصرف قلیان بر روی ABI (ایندکس فشار خون مچی به بازویی)» توصیه‌های لازم داده شد.

۱۴- عنوان طرح بررسی مصرف دخانیات در بیماران کاندید پیوند قلب مورد موافقت قرار گرفت.

۱۵- تفامنامه همکاری با مرکز همکاری‌های سازمان بهداشت جهانی و مرکز تحقیقات بهداشت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به امضاء رسید.

۱۶- نتایج داوری طرح شیوع سیگار و آگاهی و نگرش در دانشجویان دندانپزشکی مورد تأیید قرار گرفت.

۱۷- نتایج داوری طرح بررسی میزان صحنه‌های مصرف دخانیات در فیلم‌های سینمایی ایرانی و تأثیر آن در مخاطب عام بویژه نوجوانان مورد تأیید قرار گرفت.

۱۸- با چاپ مقاله بررسی شیوع مصرف دخانیات و آگاهی و نگرش نسبت به آن در ورزشکاران مرد تیمهای ملی ایران ۱۳۸۷ توسط دکتر حسامی در مجله علمی پژوهشی حکیم موافقت شد.

۱۹- با چاپ مقاله بررسی فراوانی موفقیت در ترک سیگار و شدت سندرم محرومیت از نیکوتین توسط دکتر حسامی در مجله علمی پژوهشی پژوهنده موافقت شد.

۲۰- نتایج داوری پروپوزال طرح بررسی تأثیر حاد مصرف قلیان بر روی ABI (ایندکس فشار خون مچی به بازویی) مورد تأیید قرار گرفت.

طی چند جلسه‌ی اخیر شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات که با حضور اعضا در اواخر سال ۱۳۸۹ تشکیل گردید موارد زیر مطرح و مورد تصویب قرار گرفت:

- ۱- آقای دکتر حیدری گزارش راه اندازی اولین تلفن گویای مشاوره ترک سیگار در کشور توسط این مرکز را ارائه دادند و به پیشنهاد اعضا مقرر گردید جهت ارزیابی خط مذکور اقدامات بعدی انجام گیرد.
- ۲- نامه‌ای از دانشگاه کاشان مبنی بر دعوت برای شرکت در دوره PHD پژوهشی دریافت شد و مقرر شد همکاران علاقه‌مند اقدام نمایند.
- ۳- نامه‌ای از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه تهران مبنی بر پذیرش برخی از طرح‌های تحقیقاتی HSR با عنوان‌های مرتبط دریافت شد و مقرر شد تا همکاران علاقه‌مند در این مورد اقدام نمایند.
- ۴- پروپوزال طرح بررسی خدمات ترک در سیستم بهداشتی کشور توسط دکتر حسامی ارائه و مورد تأیید قرار گرفت.
- ۵- با چاپ مقالات مصرف دخانیات در دانشجویان پسر دانشگاه شهید بهشتی در مجله پژوهش در پزشکی، آیا دلیل مصرف سیگار یا نتیجه درمان ترک ارتباطی دارد؟ و آگاهی و نگرش و عملکرد معلمان مرد مدارس تهران درباره دخانیات در مجله پایش موافقت گردید.
- ۶- مجله پایش پژوهشکده جهاد دانشگاهی جهت چاپ مقالات پیشنهاد گردید و مقاله دکتر عابدی درباره «مطالعه سلامت و شیوع دخانیات در ایران» به استحضار حاضرین رسید.
- ۷- از همکاران درخواست گردید جهت ارزشیابی سال ۸۹ مستندات فعالیت‌های خود را آماده نمایند.
- ۸- با چاپ مقاله شیوع سیگارهای خارجی و غیر قانونی در مجله کنترل دخانیات و مقاله کولیت اولسرو و ارتباط آن با مصرف دخانیات در مجله بین‌المللی طب داخلی موافقت گردید.

جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید

هدف عاری بودن محیط از دخانیات می باشد.
تا کنون اسامی ذیل در این حرکت پیشرو بوده اند:

- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

- بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

- بیمارستان کسری

- منطقه پارس جنوبی

- شهرداری تهران

- فروشگاه های زنجیره ای شهروند

- پارک قیطریه

- پارک قائم

- پارک ارم

- پارک هنرمندان

- پارک بعثت

- پارک معلم

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات که بر اساس

برنامه استراتژیک خود و دیدگاه (برائیم تا جامعه ای عاری

از دخانیات داشته باشیم) در نظر دارد اتحادی تشکیل دهد

و بدینوسیله از کلیه ادارات، سازمان ها، مراکز و دفاتر

مختلف دولتی و غیردولتی که با انگیزه ارتقاء سطح سلامت

کارکنان و شهروندان در محیط خود خواستار اجرای قانون

ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی می باشند

درخواست می کند تا با ارسال مشخصات و آدرس خود از

این طریق به ما پیوسته و با حرکتی نمادین موجبات تقویت

این مبارزه را فراهم سازند. همچنین این مرکز بر حسب

تجربیات بدست آمده آماده ارائه آموزشهای مربوطه درباره

اجرای این قانون و چگونگی برنامه ریزی برای رسیدن به



به درمان را در نظر می‌گیرند. درمان‌های دارویی ترک سیگار شامل آنتی دیپرسان‌هایی مانند ولبوترین می‌باشد. در روانشناسی، ایده‌آل آن است که بتوان عمل خوبی را با پاداش و مثبت‌اندیشی تشویق کرد. در راستای نظریات متعدد در زمینه اعتیاد، شیوه‌های درمانی سودمندی نشان داده شده است. از جمله شناسایی موقعیت‌های اجتماعی مصرف و سعی در دوری از این موقعیت‌ها می‌باشد. درمان‌های گروهی شامل جلساتی با شرکت افراد دچار اعتیاد مشابه می‌باشد. اشخاص مشکل خود را منحصر به فرد تلقی نکرده و تجربه‌های شخصی خود را با هم در میان می‌گذارند. از جمله شیوه‌های درمانی دیگر خانواده درمانی، آموزش مهارت‌های رفتاری و زندگی، همدلی و امکانات و فعالیت‌های جایگزین با مواد می‌باشد.

منبع: دکتر سیف‌الله اسدی، حباب اعتیاد، انتشارات اشجع ۱۳۸۷
نویسنده: دکتر فیروزه طلبی‌چی

ورود یک سوم سیگار مصرفی کشور از طریق قاچاق

رئیس فراکسیون مبارزه با دخانیات و مواد مخدر با انتقاد از قاچاق ۲۰ میلیارد نخ سیگار به کشور در سال، خواستار برخورد موثر ستاد مبارزه با قاچاق کالا، وزارت بازرگانی و نیروی انتظامی با ورود سیگار قاچاق به کشور شد.

«اکبر رنجبرزاده» رئیس فراکسیون مبارزه با دخانیات، مواد مخدر و سوء مصرف مواد در گفت و گو با خبرنگار خانه ملت با بیان اینکه حدود یک سوم از سیگار مصرفی داخل کشور از طریق مبادی قاچاق وارد کشور می‌شود، گفت: ۲۰ میلیارد نخ سیگار در سال از مرزهای غیرقانونی وارد کشور می‌شود و عمده این سیگارها به خاطر نگهداری در مکان‌های نامناسب و تولید در کارگاه‌های فاقد استانداردهای بهداشتی، سیگارهای آلوده هستند که با خود، انواع بیماری‌ها از جمله سرطان را وارد کشور می‌کنند. رنجبرزاده با تأکید بر اینکه سریعاً باید جلوی ورود و

به عنوان یک پزشک داخلی که چند مدتی است در مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات نزد دکتر حیدری امکان شرکت در تحقیق در این زمینه را داشته و مطالب بسیاری را آموخته‌ام و با تشویق ایشان هنگام آموختن کتابی توسط دکتر سیفا... اسدی که مقالات بی‌شماری در زمینه مسائل اجتماعی نوشته‌اند، این مقاله را نوشتم.

اعتیاد خو گرفتن به چیزی است و استفاده اجباری از یک ماده و درباره عواقب آن نیاندیشیدن است. پیشرفته شدن جهان امروز، همواره فشارهای روحی بیشتری را بر اقشار جامعه وارد کرده و انتظارات جوانان در حساس‌ترین موقعیت زندگی خود مورد انتخاب عادت نامناسب مصرف سیگار را بیشتر کرده است. مشکلات اجتماعی را نمی‌توان یک روزه حل کرد، ولیکن شاید بتوان تحمل مشکلات را بهبود بخشید.

افراد به دلایل مشخص، دچار سوء مصرف مواد می‌شوند که عبارتند از: فرار از مشکلات، رسیدن به هیجان، دوری از تلخی‌های زندگی، رفع افسردگی، بالا بردن بهره‌وری، کاهش تنش و تسکین درد. نظریات گوناگونی در زمینه اعتیاد آورده شده است. نظریه روان تحلیل‌گری توسط فروید عبارت از مکانیسم دفاعی واپس روی برای کسب آرامش از اضطراب و دلواپسی حاصل از مشکلات رودرونی می‌باشد. به عبارت دیگر، جنبه‌های ناسازگارانه رفتار فرد معتاد او را از عالم واقعیت به دنیای خیال می‌برد. نظریه دیگر یادگیری اجتماعی است. در این نظریه، عامل مهم در شروع سوء مصرف مواد، یادگیری از فرد دیگری و تکرار رفتار می‌باشد. پزشک عمومی به عنوان دوست و خیرخواه بیمار می‌تواند اولین قدم را جهت ایجاد امید و انگیزه ترک سیگار فراهم آورد. سوء مصرف مواد به طور مداوم و دراز مدت می‌تواند به صورت ناراحتی روانی یا شخصیتی بروز کند. از طرفی دیگر، افسردگی که می‌تواند منجر به کشیدن سیگار شود، حیطه‌ای است که پزشکان خانواده در صورت مشاهده علائم آن، اقدام

مکان‌های آلوده با خود هزاران نوع از بیماری‌های شناخته شده و شناخته نشده را وارد کشور می‌کند.
<http://www.icana.ir/News/Economic/2011/1/140884/0/default.aspx>

اثرات مخرب سیگار بر دهان و دندان

در حال حاضر اغلب مردم از مضرات و آثار مخرب سیگار بر سیستم تنفسی و قلب و عروق آگاه هستند. با این حال مصرف انواع دخانیات اثرات مخربی برای دهان و دندان دارد که اغلب پیش از دیگر عوارض بروز می‌کنند و می‌تواند مشکلاتی را برای فرد مصرف کننده و اطرافیان وی ایجاد کند و مردم اطلاعات چندانی از آنها ندارند یا نسبت به آنها کم توجه هستند.

افزایش پوسیدگی دندان‌ها: به دنبال مصرف سیگار میزان ترشح بزاق کاهش می‌یابد. از آنجا که بزاق نقش کلیدی در شستشوی دندان‌ها و جلوگیری از پوسیدگی دارد با کاهش ترشح آن ریسک پوسیدگی در دهان فرد افزایش می‌یابد. این مساله در مورد اطرافیان فرد مصرف کننده نیز صدق می‌کند و بخصوص می‌تواند باعث افزایش پوسیدگی دندان‌های کودکان شود.

بوی بد دهان: با کاهش ترشح بزاق میکروب‌های بی‌هوازی در دهان تکثیر شده و باعث ایجاد بوی ناخوشایند ناشی از فساد مواد غذایی در دهان می‌شوند. برای جلوگیری از این عوارض علاوه بر کاهش مصرف سیگار، توصیه می‌شود که فرد دهان خود را به طور مرتب با آب یا آب نمک رقیق شستشو دهد. چندین بار در روز مسواک بزند و از آدامس‌های بدون شکر استفاده کند. این آدامس‌ها ترشح بزاق را افزایش داده و می‌توانند تا حدی از این عوارض بکاهند. زرد شدن دندان‌ها: مصرف انواع دخانیات باعث نفوذ مواد حاصل از سوختن تنباکو به ساختار مینای دندان شده و رنگ دندان را تغییر می‌دهد. استفاده از پودرهای سفیدکننده دندان توصیه نمی‌شود، زیرا این پودرها حاوی مواد ساینده شدید هستند و در حقیقت با برداشتن سطح دندان آن را سفید می‌کنند. بهتر است به طور مرتب از خمیردندان‌های استاندارد

توزیع سیگار قاچاق در کشور، گرفته شود از کافی بودن قوانین مربوط به این موارد خبر داد و گفت: با توجه به اینکه تاکید مجلس در قانونگذاری بر جلوگیری از ورود هرگونه کالای قاچاق به کشور مخصوصا در حوزه دخانیات است، از دستگاه‌های مسئول به خصوص ستاد مبارزه با قاچاق کالا انتظار می‌رود که به وظایف قانونی خود در این خصوص عمل کنند و اجازه ورود سیگارهای قاچاق با این حجم گسترده را به کشور ندهند.

نماینده مردم اسدآباد در ادامه به تکلیف وزارت بازرگانی در جلوگیری از توزیع سیگارهای قاچاق پرداخت و گفت: طبق قانون، وزارت بازرگانی مکلف است از فروش سیگارهای قاچاق و فاقد هولوگرام در درون کشور جلوگیری کند؛ چراکه سیگارهای بی کیفیت قاچاق شده علاوه بر زیان‌های کلانی که به اقتصاد ما وارد می‌کنند زندگی و سلامت مردم ما را نیز هدف گرفته‌اند.

فرهنگ‌سازی، آموزش و کنترل، راه‌های کاهش مصرف سیگار:

رئیس فراکسیون مبارزه با دخانیات با تاکید بر نقش رسانه‌ها در کاهش مصرف دخانیات، گفت: تاکید مجلس در مورد روش‌های کاهش مصرف بر این است که باید به سمت فرهنگ‌سازی، آموزش و کنترل برویم و رسانه‌های جمعی با برنامه‌سازی مستمر در خصوص معایب مصرف دخانیات، مضرات سیگار را به مردم گوشزد کنند؛ چراکه سیگار دروازه ورود به اعتیاد است و کسانی که می‌خواهند به مصرف سیگار روی بیاورند باید آگاه شوند که محال است کسی سیگار بکشد و از مضرات آن در آینده رنج نبرد.

تامین حدود یک سوم از سیگار مصرفی کشور توسط سیگارهای قاچاق شده به درون مرزهای ما، چنانچه رئیس فراکسیون مبارزه با دخانیات مجلس شورای اسلامی نیز عنوان می‌کند، حاکی از ورود چیزی حدود ۲۰ میلیارد نخ سیگار قاچاق در طول سال است که با یک تقسیم ساده، نشان می‌دهد به ازای هر ایرانی در سال حدود ۲۶۶ نخ سیگار قاچاق وارد کشور می‌شود، آن هم سیگارهایی که علاوه بر مضرات اصلی و شناخته شده سیگار به واسطه نگهداری و تولید در

سفیدکننده استفاده شود یا برای سفید کردن دندان‌ها به دندانپزشک مراجعه شود. در این مورد بهتر است به جای سفید کردن دندان در یک جلسه در مطب از روش سفید کردن دندان در خانه استفاده شود که با کمک دندانپزشک و همکاری بیمار طی چند هفته انجام می‌شود. در این روش دندانپزشک حاملی پلاستیکی برای دندان‌های فرد می‌سازد و بیمار زل سفیدکننده را توسط حامل پلاستیکی روی دندان‌ها قرار می‌دهد. هرچند این روش ممکن است چند هفته طول بکشد اما اغلب نتیجه آن ماندگارتر است.

افزایش سرطان دهان: مخاط دهان انسان تحمل تماس طولانی مدت با دود سیگار را ندارد. مصرف سیگار احتمال مبتلا شدن به انواع سرطان دهان را بشدت افزایش می‌دهد که اغلب این سرطان‌ها از نوع بدخیم هستند. کاهش مصرف سیگار تنها راه پیشگیری از این مساله است.

دکتر مصطفی صادقی قوچانی

تخریب شبکیه در افراد سیگاری شدیدتر است

یک فوق تخصص بیماری‌های چشم عنوان کرد: سیگار علاوه بر ایجاد بسیاری از بیماری‌ها در بدن بر چشم و بیماری‌های چشمی نیز تاثیرگذار است، ضمن اینکه با ترک سیگار از بسیاری از بیماری‌های شبکیه جلوگیری می‌شود.

دکتر علیرضا رضائی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) واحد علوم پزشکی ایران گفت: به طور کلی سیگار کشیدن اثرات منفی بسیاری دارد که بر روی عروق و رگ‌های بدن نیز تاثیرگذار است و همانطور که با تاثیر بر عروق قلبی موجب گرفتگی عروق و بیماری‌های قلبی می‌شود بر عروق چشم و شبکیه چشم نیز موثر بوده و موجب تخریب شبکیه خواهد شد. این در حالی است که با افزایش سن نیز مرکز دید و شبکیه تخریب می‌شود و این امر در افراد سیگاری بسیار شدیدتر و بیشتر خواهد بود. بنابراین ترک سیگار می‌تواند بر سرعت این روند تاثیرگذار بوده و موجب کاهش آن شود.

وی در پایان یادآور شد: سیگار علاوه بر تاثیر بر عروق چشم بر کیفیت پوست بدن نیز موثر بوده موجب افزایش تیرگی و چروک پوست خصوصا اطراف چشم خواهد شد.

<http://www.pezeshkan.ir/view.asp?id=126701>

سیگار کشیدن درد سرطان را تشدید می‌کند

یک بررسی جدید نشان داده است افراد سیگاری که حتی پس از تشخیص سرطان باز هم به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند درد بیشتری را از این بیماری تجربه می‌کنند و این تشدید درد زندگی و کارهای روزانه آنها را بیشتر دچار اختلال می‌کند.

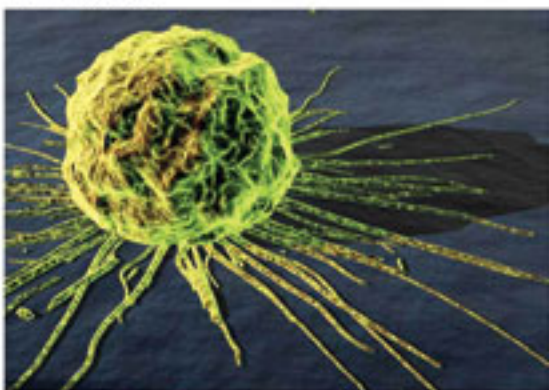
به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، این در حالی است که در افراد سیگاری مبتلا به سرطان، تجربه درد به مراتب کمتر است.

تاکنون این امر بدیهی بود که کشیدن سیگار تا حد زیادی خطر ابتلا به سرطان را تشدید می‌کند اما در این مطالعات، متخصصان برای دومین بار تایید کرده‌اند که درد ناشی از هر نوع سرطانی در افراد سیگاری با استعمال دخانیات تشدید می‌شود.

به گزارش خبرگزاری فرانسه، در این مطالعات، متخصصان علوم پزشکی در دپارتمان روانشناسی دانشگاه تگزاس روی میزان درد در ۲۲۴ بیمار سرطانی که در آغاز شیمی درمانی بودند، بررسی و آزمایش انجام دادند. این یافته تاکید می‌کند که ترک سیگار به مرور زمان درد ناشی از سرطان را در این بیماران به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد.

نتایج یک بررسی در مجله «درد» منتشر شده است.

www.isna.ir



روزانه ۱۶۰ نفر در اسپانیا به دلیل بیماری‌های مرتبط با سیگار می‌میرند

روزانه ۱۶۰ نفر در اسپانیا به دلیل بیماری‌های مرتبط با کشیدن سیگار، می‌میرند که مرگ چهار نفر از این عده به دلیل استنشاق دود سیگار دیگران است.

به گزارش گروه اخبار صوتی و تصویری ایرنا، تارنمای رادیو بی‌بی‌سی نوشت: مرگ و میر فراوان ناشی از مصرف سیگار موجب شده است که دولت اسپانیا مقررات ممنوعیت کشیدن سیگار در اماکن عمومی را که از سال ۲۰۰۶ به اجرا در آورده بود، سخت‌تر کند که این ممنوعیت‌ها شدیدتر از ممنوعیت کشیدن سیگار در بسیاری از کشورهای اروپایی است. مقررات جدید علاوه بر این که کشیدن سیگار در اماکن عمومی سر پوشیده ممنوع کرده است، در محل‌های سر باز نزدیک به بیمارستان‌ها، زمین‌های بازی کودکان و مدارس هم، کشیدن سیگار قدغن شده است. اسپانیایی‌ها به طور سنتی بسیاری از وقت خود را در رستوران‌ها می‌گذرانند و پیش‌بینی می‌شود که تشدید موارد ممنوعیت کشیدن سیگار سبب شود که درآمد رستوران‌ها و هتل‌ها و نیز صنعت گردشگری این کشور تا ده درصد کاهش یابد. تا کنون صاحبان رستوران‌ها در اسپانیا مُصر بودند که مقررات ممنوعیت کشیدن سیگار را به اجرا در نیاورند و بیشتر صاحبان رستوران‌ها کشیدن سیگار را ممنوع نکرده بودند. اسپانیا در حال حاضر با رکود اقتصادی جدی مواجه است و پیش‌بینی می‌شود اجرای مقررات جدید سبب شود که به مشکلات اقتصادی این کشور افزوده شود. پزشکان اظهار امیدواری می‌کنند که اتخاذ تدابیر جدید به ترک سیگار و نهایتاً کاهش مرگ‌های مرتبط با دود سیگار کمک کند.

به گفته شرکت تاکسیرانی اوساکا و اداره حمل و نقل کینیکو مربوط به وزارت حمل و نقل، سیگارکشیدن در بیش از ۹۰ درصد تاکسی‌ها در اوساکا مجاز نمی‌باشد. متعلق بودن تاکسی‌ها به این شرکت، علاوه بر مالکیت شخصی تاکسی‌ها باعث گردید که بیش از ۲۰۰۰۰ تاکسی در این ممنوعیت مشارکت کنند.

بنا به گفته این شرکت، اوساکا در اعلام ممنوعیت مصرف سیگار در تاکسی‌ها مقام چهارم را دارد. توکیو که بیشترین تعداد تاکسی‌ها را دارد نیز این حکم را عملی کرده است. بنابراین در حال حاضر که اوساکا نیز بعد از توکیو بیشترین تعداد تاکسی را دارد در زمره شهرهایی است که منع مصرف سیگار در تاکسی‌ها را رعایت می‌کند.

شرکت تاکسیرانی اوساکا بعد از آنکه وزارت بهداشت در ماه فوریه به شهرداری‌ها اعلام کرد که منع مصرف سیگار خصوصا در اماکن عمومی را اجرا کنند، این ممنوعیت را پذیرفت. تمام تاکسی‌های زیر پوشش قانون منع مصرف سیگار، برای اطلاع‌رسانی به مردم برجسیبی را با نوشته «سیگارکشیدن ممنوع» روی ماشین‌ها و تابلویی مشابه آن برای سرنشینان جلوی ماشین چسباندند.

بنا به گفته شرکت حمل و نقل کینیک ۱۸۰۰۰ تاکسی که به شرکت‌های تاکسیرانی تعلق دارند و ۴۰۰۰ راننده که خود مالک ماشین هستند اخیراً از این قانون تبعیت می‌کنند.

برخی انتقادات وارد به این کار اشاره به این است که تاکسی‌های اوساکا که قبلاً تعداد زیادی مسافر را جابجا می‌کرد حالا با قدغن کردن مصرف سیگار تعداد زیادی از مشتریان خود را از دست می‌دهند.

از آغاز ماه ژوئن، هوکایدو، اوموری، ایوات، اوساکا، واکایاما، توتوری، یاماگوچی و ناکازاکی به طور کامل مصرف سیگار در تاکسی را قدغن کرده بودند.

اثر استعمال تحمیلی دخانیات در طی دوره جنینی بر روی زایایی نوزاد پسر

دهنده دود نیز می‌توانند اثرات سمی مستقیمی بر بیضه‌های جنین بگذارند.

Ramlau-Hansen اضافه می‌کند که اگر استعمال دخانیات در طی بارداری باعث کیفیت پایین اسپرم در نوزادان پسر می‌شود، خطر نازایی را نیز در این افراد افزایش می‌دهد. باید بپذیریم برای خانم‌هایی که سیگار می‌کشند، شانس اینکه روزی بتوانند نوه پسر خود را در آغوش بگیرند، بسیار اندک است.

American Journal of Epidemiology, Jun 15, 2007

عمر کوتاه سیگاری‌ها

بنابر طولانی‌ترین تحقیقی که در مورد تأثیر مصرف دخانیات روی سلامت انسان انجام گرفته است مشخص شد افرادی که سیگار می‌کشند به طور میانگین ۱۰ سال کمتر از افراد غیرسیگاری عمر می‌کنند. این در حالی است که اولین نتایج به دست آمده از این تحقیقات که پنجاه سال قبل در مجله پزشکی بریتانیا منتشر شد اعلام کرد که کشیدن سیگار از جمله مهمترین عوامل بیماری سرطان ریه است. در این تحقیقات، حدود ۴۰ هزار پزشک انگلیسی، که سیگار می‌کشند و بین سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۳۰ میلادی متولد شده‌اند مدت بیش از ۵۰ سال تحت نظر بوده‌اند و مراحل اولیه این تحقیقات تأیید کرد که کشیدن سیگار می‌تواند منجر به بیماری سرطان ریه شود، ولی هم اکنون بنابر تازه‌ترین نتایج به دست آمده در دانشگاه «گلاسکو» خطرات سیگار کشیدن بسیار بیشتر از آن است که تصور می‌شد. سیگار دوست تمام سرطان‌ها است. از زمان شروع این تحقیقات، مصرف توتون بیش از یکصد میلیون نفر را در سراسر جهان به نابودی کشانده است.

از بین این افراد، کسانی که تقریباً تمام عمر خود را سیگار کشیده بودند به طور میانگین ۱۰ سال زودتر از غیرسیگاری‌ها جان خود را از دست دادند و بین یک دوم تا دو سوم آنان نیز به دلیل اعتیاد به سیگار جان سپردند. این برای اولین بار است که تأثیر مصرف تنباکو روی سلامت در یک دوره کامل از عمر انسان مورد بررسی قرار گرفته است. این تحقیق خبرهای

مادرانی که در طول دوران بارداری سیگار می‌کشند، نوزاد پسر خود را در معرض خطر نازایی در طی زندگی قرار می‌دهند. نتایج مطالعات اخیر نشان داده‌اند که هرچه تعداد سیگارهای مادران در طی دوره بارداری بیشتر باشد، خصوصاً در طی ماه آخر بارداری، میزان کلی اسپرم در دوره بلوغ کمتر خواهد بود.

کیفیت اسپرم مردان در طی ۷۰-۶۰ سال گذشته بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است بطوریکه به علت پایین بودن کیفیت اسپرم حدود یک مرد از چهار مرد دانمارکی با مشکل نازایی روبرو هستند.

در مطالعه‌ای که Ramlau-Hansen و همکاران انجام دادند، کیفیت اسپرم را در ۳۴۷ مرد با سن بین ۱۸ تا ۲۱ سال بررسی کردند. این افراد که دارای مادرانی بودند که در دوره بارداری خود در اوایل دهه ۱۹۸۰ مورد پرسشگری در مورد عادت استعمال دخانیات خود قرار گرفته بودند.

این مردان بر اساس مجاورت با دود تحمیلی در دوران جنینی تقسیم بندی شدند. ۹۹٪ آنها از مادران غیر سیگاری متولد شده بودند و ۲۴۸ مردی که در معرض دود تحمیلی در دوران جنینی بودند تعداد اسپرم کمتری در مقایسه با سایر افراد هم‌تای خود داشتند. کسانی که بیشترین میزان دود تحمیلی را متحمل شدند، یعنی بیش از ۱۹ سیگار در روز، ۱۹٪ حجم اسپرم پایین‌تر داشتند، ۳۸٪ کاهش در تعداد کلی اسپرم داشتند و ۱۷٪ غلظت اسپرم کمتری داشتند در مقایسه با مردانی که در معرض این دود نبودند.

دکتر Ramlau-Hansen در مجله *American Journal of Epidemiology* اضافه می‌کند که: در معرض دود سیگار بودن در دوران جنینی، زمانی که ارگان‌های جنسی در حال شکل‌گیری هستند، موجب نقص در تولید اسپرماتوزوآ، ۲۰ سال بعد از تولد در فرزندان مذکر می‌شود.

متابولیت اصلی نیکوتین، کوتینین، می‌تواند براحتی از جفت عبور کند و همچنین می‌تواند براحتی از سد خونی تا بیضه‌ها عبور کند. سایر اجزای سمی تشکیل

افزایش خطر ابتلا به آرتروز و درمان دشوار آن بر اثر استعمال دخانیات

براساس سه مطالعه جدیدی که طی اکتبر ۲۰۰۹ در جلسه سالانه American College of Rheumatology در فیلادلفیا مطرح گردید، مشخص شد که مصرف سیگار باعث پیشرفت بیماریهای روماتیسمی شده و درمان آنها نیز مشکل تر می‌سازد.

مطالعه اول مصرف سیگار بیماران تحت درمان آرتريت روماتوئید را بررسی می‌کند. در این مطالعه طی بررسی پرونده‌های پزشکی ۱۷۵۶ بیمار آرتريت روماتوئید در کشور سوئد، سابقه مصرف سیگار و پاسخ آنها به methotrexate یا درمان anti-TNF (دو درمان شایع برای آرتريت روماتوئید) مورد بررسی قرار گرفت.

طی پیگیری‌های سه ماهه در درمان این افراد مشخص گردید که ۴۰٪ از بیماران سیگاری به درمان methotrexate پاسخ ندادند، در حالیکه این رقم در افراد غیرسیگاری ۲۸٪ بود. در درمان anti-TNF، ۴۰٪ از بیماران سیگاری و در عین حال ۲۵٪ از بیماران غیرسیگاری به درمان پاسخ ندادند. به نظر می‌رسید در افرادی که به methotrexate پاسخ ندادند مقدار مصرف سیگار اهمیتی نداشت ولی در گروه دوم هر چه مصرف سیگار بیشتر بود نتیجه درمان بدتر می‌شد.

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که در بیماران سیگاری احتمال عدم بهبود در خط اول درمان آرتريت روماتوئید به شیوه methotrexate بیشتر می‌شود. همچنین در افرادی که به درمان methotrexate پاسخ ندادند و در خط دوم درمان anti-TNF می‌باشند نیز با وجود مصرف سیگار این درمان پرهزینه ثمربخش نخواهد بود.

به اعتقاد دکتر Mark Fisher روماتولوژیست بیمارستان عمومی Massachusetts در Boston، این مطالعه از بین سه مطالعه نامبرده مفیدترین مطالعه می‌باشد زیرا تاکنون هیچ مطالعه‌ای تأثیر مصرف سیگار بر پاسخ به methotrexate را بررسی نکرده بود. در مطالعه دوم مشخص گردید که مصرف سیگار باعث آسیب به اعضای بدن و تشدید بیماری در افراد دارای systemic lupus erythematosus می‌شود. این

خوشی نیز دارد. به طوری که بررسی‌های انجام گرفته نشان داده است ترک سیگار حتی در سن شصت سالگی می‌تواند میانگین عمر انسان را تا حداکثر ۴ سال افزایش دهد. این در حالی است که اگر کسی حتی در سن ۳۰ سالگی کشیدن سیگار را ترک کند دیگر با خطر جدی در این رابطه مانند ابتلا به سرطان روبه رو نیست. محققان امیدوارند که این اطلاعات جدید بتواند اثرات مفیدی روی سلامت انسان‌ها داشته باشد، به ویژه در کشورهای در حال توسعه که مصرف دخانیات در آنها به شدت رو به افزایش است. *مشنهری- خرداد ۸۸*

قاچاقچیان در بالکان، تجارت در بازار سیاه

تجارت در بازار سیاه منطقه بالکان تهدیدی جدی برای افزایش درآمد مالیاتی دولت کشورهای منطقه از قبیل بلغارستان و رومانی است. باندهای جنایتکار و جوامع کولی‌نشین در نزدیکی مرز کشورهای سیگاری که سیگار در آنجا قیمت پایین‌تری دارد نظیر صربستان، مقدونیه، مولداوی و اکراین تجمع کرده و بازار قاچاق در این محل‌ها رونق دارد. بلغارستان طی سال گذشته مالیات مستقیم بر سیگار را افزایش داد و پلیس این کشور تلاش گسترده‌ای به منظور کنترل مغازه‌ها و بازار داخلی را آغاز نمود. با این حال اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که درآمدهای مالیاتی حاصل از فروش سیگار نسبت به آغاز سال ۲۰۱۰ یک سوم کاهش پیدا کرده است. این نشان می‌دهد که فعالیت قاچاقچیان نیز به همین نسبت افزایش یافته است. به گفته یکی از کارشناسان این کشور دولت موردی منحصر به فرد را ایجاد نموده است و ما حقیقتاً در حال حاضر صنعت کاملی را در اختیار داریم که گروه بزرگی از مردم را تحت حمایت خود قراردادده است.

<http://www.irtobacco.com/portal/Page.aspx?mlD=1367&Page=News/shownews&NewsId=733>

اجرای مصوبه جهانی منع استعمال سیگار

مصوبه جهانی منع تدریجی استعمال سیگار از ۲۸ فوریه ۲۰۰۵ به اجرا گذاشته شده است. این ضابطه در ماه مه ۲۰۰۳ که سیگار قاتل شماره یک انسان‌ها اعلام شد، در نشست نمایندگان ۱۸۲ کشور به صورت یک میثاق جهانی به تصویب رسید و ۱۶۷ نماینده به آن رای مثبت دادند. پارلمان‌های ۵۷ کشور تا آخرین روز فوریه ۲۰۰۵ (بیست و هشتم این ماه) این میثاق را به تصویب رساندند. در مصوبه ماه مه ۲۰۰۳ تصریح شده است که میثاق جهانی منع استعمال سیگار ۹۰ روز پس از تصویب پارلمان‌های دست کم ۴۰ کشور به اجرا درآید که از ۲۸ فوریه ۲۰۰۵ اجرای آن باید عملی می‌شد. اجرای این میثاق (که تدریجی و مرحله به مرحله خواهد بود) تقریباً در همه کشورها از منع استعمال سیگار در ادارات و اماکن عمومی آغاز شده، تبلیغ برای آن در رسانه‌ها، بیلبوردها و نصب تابلو در فروشگاه‌ها غیرقانونی شده و در چند کشور نصاب سنی برای خرید سیگار تعیین شده است و دولت‌ها رسانه‌ها را تشویق به نوشتن مطالب علیه سیگار می‌کنند. چند کشور هم به تولیدکنندگان فیلم‌های سینمایی هشدار داده‌اند که بازیگران نباید در صحنه‌های فیلم، سیگار دودکنند که مشوق اعتیاد است. همین هشدار به شبکه‌های تلویزیونی هم داده شده است. سیگار عامل بیشتر بیماری‌های خطرناک از جمله قلب و عروق و ریه، سرطان و به ویژه سرطان لوزالمعده است.

www.iranianshistoryonthistoday.com

www.rooznamak.com

نوشیروان کیهانی‌زاده

اطلاعات - ۹ اسفند ۸۹

بیماری یک بیماری التهابی مزمن است که به پوست، مفاصل، کلیه‌ها، ریه‌ها، سیستم عصبی و سایر اعضا آسیب می‌رساند.

این مطالعه بر روی ۲۱۶ بیمار lupus در کلینیک روماتولوژی بیمارستان ایالات متحده آمریکا بین سپتامبر ۲۰۰۶ تا آوریل ۲۰۰۸ انجام گرفت. بیشتر این بیماران زنان چهل ساله آفریقایی-آمریکایی بودند. ۱۵٪ آنها در طول مطالعه سیگار مصرف می‌کردند که نسبت به غیرسیگاری‌ها نیز دارای lupus و صدمات شدیدتری بودند. این صدمات شامل تورم و درد در بیش از دو مفصل و تغییرات غیرقابل برگشت پوستی بوده است.

یافته‌های این مطالعه به هنگام بررسی جزئیات تجزیه و تحلیل هر عضو آسیب دیده جالب توجه می‌باشند. به عنوان مثال ۳۳٪ افراد سیگاری آرتروز داشتند در حالیکه این آمار در افراد غیرسیگاری ۱۸٪ بود.

مطالعه سوم نشان داد که مصرف سیگار می‌تواند موجب آرتريت روماتوئید گردد. در این مطالعه ۱۷۲ بیمار که اکثراً خانمهایی با میانگین سنی ۶۳ سال بودند مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه بین سالهای ۹۱ تا ۹۶ در سوئد انجام شد. اطلاعات جمع آوری شده شامل عوامل مختلف در شیوه زندگی افراد از جمله مصرف سیگار، رژیم غذایی، میزان تحصیلات و نمونه خون آنها بود.

این مطالعه نشان داد که افراد سیگاری بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض خطر ابتلا به آرتريت روماتوئید بودند. آنتی‌بادیهای anti-CCP که مشخصه‌های تشخیص و پیش‌بینی آرتريت روماتوئید می‌باشند، سالها قبل از شروع بیماری وجود داشتند و در افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند و نه افراد سیگاری فعلی دیده شده است. حتی در نبود چنین آنتی‌بادیهایی، مصرف سیگار خطر پیشرفت بیماری را افزایش می‌دهد.

به گفته کارشناسان، تمامی این مطالعات گواهی می‌باشند بر خطرات بهداشتی فراوان ناشی از مصرف سیگار. در این مطالعات مصرف سیگار باعث افزایش احتمال بروز بیماری، افزایش احتمال پیشرفت بیماری و کاهش ثمربخشی درمان بیماری می‌شود.

Arthritis Today

بروز مشکلات دیگری همانند از بین رفتن یافت لثه و بافت‌های نگهدارنده دندان و نیز ملانوزیس مخاط نیز بشود. ملانوزیس در واقع پاسخ دفاعی بدن به مواد مضر موجود در تنباکو است که به صورت تولید ملانین یا تغییر رنگ مخاط خود را نشان می‌دهد. در هر صورت مواد شیمیایی آزاد شده عامل بروز این ضایعات می‌باشند.

۲- چرا دندان‌ها در اثر مصرف سیگار تغییر رنگ می‌دهند؟

رنگ طبیعی دندان‌ها به ضخامت و شفافیت دندان‌ها بستگی دارد. این به آن معنا است که مینای شفاف سبب می‌شود دندان سفید و مینای پاک موجب می‌شود دندان سفید خاکستری به نظر برسد. چنین دندان‌هایی در لبه زرد و در لبه دندان سفید است. تغییر رنگ دندان ممکن است در اثر عوامل داخلی یا خارجی ایجاد شود. همانگونه که از نام آن برمی‌آید عوامل داخلی از درون بدن منشأ می‌گیرند مانند استفاده از برخی داروها، اما عوامل خارجی مواردی هستند که در سطح دندان تجمع پیدا می‌کنند. همان گونه که اشاره کرده‌اید تنباکو سبب تغییر رنگ دندان می‌شود. تنباکو یکی از مهمترین عوامل خارجی مسبب بروز تغییر رنگ در دندان‌ها است. قطران موجود در تنباکو در بزاق حل می‌شود و به راحتی در خلل و فیشورها (شیارهای ظریف) مینا نفوذ می‌کند. در سیگاری‌ها غالباً تغییر رنگ دندان‌ها در سطح زبانی دندان‌های قدامی فک پایین ایجاد می‌شود.

۳- چگونه سیگار کشیدن با سرطان دهان ارتباط پیدا می‌کند؟

یکی از مهمترین بیماری‌های مرتبط با سیگار بروز سرطان در مخاط دهان است. مطالعه‌های نشان داده است که جویدن تنباکو و کشیدن سیگار سبب بروز نیمی از مرگ‌های ناشی از سرطان در این بررسی بوده است. نکته مهمی را که می‌بایست در مورد سرطان



دکتر نوشین جلایر
متخصص آسیب شناسی
فک و دهان
عضو هیئت علمی دانشگاه
شاهد
فارغ التحصیل از دانشکده
دندانپزشکی دانشگاه علوم
پزشکی تهران

دارای ۲۱ مقاله چاپ شده به زبان فارسی و انگلیسی در مورد ضایعات دهان و دندان

۱- مصرف دخانیات چگونه بر روی بافت‌های دهان و دندان اثر می‌گذارد؟

تأثیر دخانیات بر مخاط دهان بسیار متنوع است. این تأثیر طیفی از تغییر رنگ دندان تا بروز سرطان در دهان دارد. حتی اشکال مختلف مواد مورد مصرف مانند تنباکوی غیرتدخینی، سیگار و پیپ نیز اشکال مختلفی از بیماری را ایجاد می‌کنند. در این مورد توضیح بیشتری می‌دهم. بروز سرطان دهان در سیگاری‌ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. آمار دیگر نشان می‌دهد که عود سرطان‌های ناحیه گوارشی- تنفسی فوقانی در بیماری‌هایی که بعد از درمان به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند ۲ تا ۶ برابر بیشتر است. بروز سرطان فقط به سیگاری‌ها محدود نمی‌شود بلکه در کسانی که پیپ می‌کشند نیز بروز می‌کند. خطر بروز سرطان با مدت زمان کشیدن سیگار ارتباط دارد. قرار دادن تنباکو در دهان یا جویدن آن سبب بروز نوع دیگری از بیماری به نام وروکو کارسینوما می‌شود. به جز سرطان مشکلات دیگری نیز در ارتباط با مواد تدخینی بروز می‌کند مثلاً استفاده از پیپ سبب بروز حالتی می‌شود که آن را نیکوتین استوماتیتیس (التهاب مخاط دهان ناشی از نیکوتین) می‌نامند. در این وضعیت گرمای حاصل از پیپ سبب می‌شود مخاط کام تغییر یابد. در هر صورت می‌بایست این نکته را به خاطر سپرد که تنباکو می‌تواند باعث

دهان در نظر داشت شکل‌های مختلف بالینی آن است. سرطان دهان گاهی با یک لکه سفید رنگ که لکوپلاکیا نام دارد و یا یک لکه قرمز رنگ که اریتروپلاکیا نامیده می‌شود ایجاد می‌شود. در این موارد ضایعه ممکن است بدون درد و خونریزی باشد به طوری که شخص به آن توجهی نکند. در حالت دیگر نمای بالینی بسیار نگران‌کننده است و به صورت یک زخم برجسته و برآمده یا ضایعه‌ای فرورفته با لبه‌های برآمده دیده می‌شود. برخی از نمونه‌ها با تخریب استخوان فک نیز همراهند. این نکته مهم را می‌بایست به خاطر سپرد که هرگونه تغییری در مخاط دهان را می‌بایست جدی گرفت و با دندانپزشک در این خصوص مشاوره کرد.

مواد شیمیایی موجود در سیگار و قطران آن عامل مهم بروز این تغییرات است به عنوان نمونه نیتروزآمین و N^۲-nitrosornnicotine را کارسینوژن‌های ایجاد سرطان در تنباکوی غیرتدخینی نام برده‌اند.

۴- آیا برای سیگاری‌ها خمیر دندان خاصی وجود دارد؟
خمیر دندان ضد جرم مخصوص سیگاری‌ها وجود دارد اما حاوی موادی با قدرت سایندگی بالا است که سبب سایش مینای دندان و حتی لته می‌شود. به همین علت استفاده هر روزه و طولانی مدت این خمیر دندان‌ها اساساً توصیه نمی‌شوند.

۵- آیا تعداد مراجعه افراد سیگاری و غیرسیگاری به دندانپزشک با هم یکسان است؟
در این مورد به آمار مستند و مقایسه‌ای برخورد نکرده‌ام اما با توجه به آن که سیگار می‌تواند سبب بروز مشکلاتی در مخاط دهان شود می‌توان انتظار داشت در صورتی که فرد به سلامت خود علاقمند باشد می‌باید مراجعه مستمر و دوره‌ای به دندانپزشک داشته باشد.

۶- روند درمان در بیماران سیگاری چگونه است؟
کشیدن سیگار بعد از درمان‌های دندانپزشکی در اکثر موارد سبب به تاخیر افتادن درمان می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که کشیدن سیگار اثر نامطلوبی بر روی درمان پرپودنتال دارد. نمونه دیگری ذکر می‌کنم؛ یکی

از مشکلاتی که پس از کشیدن دندان ایجاد می‌شود وضعیتی است که آن را حفره دندانی خشک می‌نامند. در این وضعیت لخته خونی که به دنبال کشیدن دندان ایجاد می‌شود به سمت تشکیل بافت جوانه‌ای پیش نمی‌رود و استخوان‌سازی در محل کشیدن دندان ایجاد نخواهد شد. بیمار ۲ تا ۴ روز پس از کشیدن دندان درد بسیار شدیدی را تجربه می‌کند و ناگزیر است جهت بهبود درد و ادامه درمان مجدداً به دندانپزشک مراجعه نماید. گاهی علایم بیماری ۱۰ تا ۴۰ روز طول خواهد کشید. یکی از عوامل ایجادکننده این مشکل، کشیدن سیگار است؛ به همین علت دندانپزشک بعد از کشیدن دندان به بیمار تاکید خواهد کرد که چند روز پس از کشیدن دندان سیگار نکشد.



تحلیل لته ناشی تنباکوی غیر تدخینی

۷- ترک سیگار چه تاثیری در بهبود بیماری‌های دهان و دندان دارد؟

یکی از نکاتی که یک فرد سیگاری می‌بایست در نظر داشته باشد آن است که برخی از بیماری‌هایی که در اینجا به آن پرداختیم فقط در اثر سیگار کشیدن ایجاد می‌شوند. در عین حال در برخی موارد نیز کشیدن سیگار وضعیت موجود را بدتر می‌کند. با توقف کشیدن سیگار، در برخی موارد احتمال پس‌رفت بیماری وجود دارد. مثالی می‌زنم: نیکوتین استوماتیتیس ضایعه‌ای است که در اثر گرمای پیپ ایجاد می‌شود، اگر فرد این عادت را کنار گذارد به طور معمول ۱ تا ۲ هفته بعد مخاط به حالت طبیعی برمی‌گردد. در هر صورت فرد سیگاری می‌بایست مراقب تغییرات ایجاد شده در مخاط دهان باشد و در این مورد سریعاً با دندانپزشک مشاوره نماید زیرا ممکن است بیماری ایجاد شده در مرحله پیشرفت باشد به طوری که با کنار گذاشتن سیگار امکان بهبود وجود نداشته باشد.

۸- آیا آدامس‌های ترک سیگار نیز مانند آدامس‌های عادی برای دندان مضر است؟
مطالعات گزارش شده در این مورد با تناقض همراه بوده‌اند، اما در خصوص عوارض جانبی این آدامس‌ها بروز بیماری لثه ذکر شده است. در این مورد مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

۹- چرا مردم فکر می‌کنند که دود سیگار در تسکین دندان درد موثر است؟
این موضوع باور غلطی است زیرا درد دندان صرفاً با درمان دندانپزشکی برطرف می‌شود. این درمان بر اساس عامل ایجادکننده درد به صورت درمان‌های ترمیم دندان و یا روت‌کانال‌تراپی که به معنای درمان ریشه دندان است امکان‌پذیر خواهد بود.

۱۰- از مضرات دخانیات برای خوانندگان این مجله صحبت نمائید؟
به تعدادی از مضرات دخانیات اشاره شد که مهمترین آن بروز سرطان بود اما باید در نظر داشت که استفاده از دخانیات می‌تواند سبب بروز مشکلات دیگری همانند بوی بد دهان، اختلال در ترشح بزاق، مشکلات پریودنتال، تغییر رنگ دندان‌ها و حتی به تعویق افتادن التیام پس از درمان دندانپزشکی شود.

۱۱- جهت افزایش آگاهی مردم از مضرات مصرف دخانیات چه باید کرد؟
اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌های جمعی در مورد مضرات دخانیات و خطرات بالقوه‌ای که برای سلامتی دارد از راه کارهای مفیدی است که سبب می‌شود خود فرد در خصوص ادامه رفتار سیگارکشیدن یا توقف آن تصمیم بگیرد. اگر این تصمیم مبتنی بر آگاهی باشد مطمئناً فرد شخصاً استفاده از دخانیات را متوقف می‌کند.

۱۲- آیا با فعالیت‌های مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات آشنایی دارید؟
در حدود یک سال پیش نسخه‌ای از مجله را مطالعه کردم که حاوی نکات جالبی در مورد اطلاع‌رسانی در مورد مضرات سیگار و سایر مطالب مرتبط با آن بود،

آن زمان دریافتیم که هدف این مرکز ارتقا سطح آگاهی عمومی و بهبود کیفیت زندگی افراد سیگاری و کمک به ایشان در جهت ترک دخانیات می‌باشد. علاوه بر آن مطالعات تحقیقاتی و راه‌اندازی کلینیک ترک سیگار نیز از دیگر فعالیت‌های این مرکز است.

۱۳- آیا تمایل دارید که با این مرکز فعالیت بیشتری داشته باشید؟
سبب خرسندی من خواهد بود که در طرح‌های تحقیقاتی و یا مطالعات پژوهشی در مورد بیماری‌های دهان و دندان در افراد سیگاری و به خصوص سرطان‌های ناشی از استعمال دخانیات با این مرکز همکاری نمایم.

۱۴- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟
با توجه به مضرات سیگار که راجع به آن صحبت کردیم، بهترین توصیه به افراد سیگاری نکشیدن سیگار است. نکته دیگری که افراد سیگاری می‌بایست به آن توجه داشته باشند آن است که با مشاهده کوچکترین تغییر در مخاط دهان جهت مشاوره به دندانپزشک مراجعه نمایند تا بررسی دقیقی از حفره دهان به عمل آید زیرا ممکن است مشکل به وجود آمده اولین علامت یک بیماری یا حتی یک ضایعه پیش بدخیم باشد که در مراحل اولیه راحت‌تر درمان می‌شود.

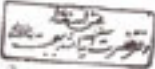




منبع عکس‌ها:

Neville BW , Damm DD, Allen CM , Bouquot JE.
Oral and maxillofacial pathology. 2th ed.
Philadelphia Saunders .2002



گر اوزن نسی از نساجو

فتاویٰ مختلف در باره درخانیات

<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی بهجت</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>آرزای آنست که اهل فن برای کسی خوف صعد پیدا شود استمال آن معلوم است</p> 	<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی خامنه‌ای</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>درست فرمودند و حکم باطل است آنها تلف می‌شود و حکم استمال درخانیات هم تابع همین است</p> 
<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی مکارم شیرازی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>بچه‌ها که استمال درخانیات می‌کنند بیشتر از آن است</p> 	<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی نوری همدانی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>بسمه تعالی</p> <p>با توجه به ضررهای ذکر شده استعمال درخانیات جایز نیست.</p> 
<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی فاضل لنکرانی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>استعمال درخانیات در حد اعتدال و در حد اعتدال در حد اعتدال در حد اعتدال در حد اعتدال</p> 	<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی صافی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>ع- کشیدن سیگار در حد اعتدال مفید است و در حد اعتدال مفید است و در حد اعتدال</p> 
<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی صافی گلپایگانی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>استعمال درخانیات در حد اعتدال مفید است و در حد اعتدال مفید است و در حد اعتدال</p> 	<p>پاسخ حضرت آیتالله العظمی موسوی اردبیلی</p> <p>بسم الله الرحمن الرحیم</p> <p>استعمال درخانیات که جز مولد معتد و صواب نیست و در حد اعتدال مفید است و در حد اعتدال</p> 

که بایستی در مراسم اختتامیه‌ای در ورزشگاه ویمبلی لندن مطالبی را به اطلاع شرکت کنندگان برساند. مجری برنامه رادیویی او را معرفی می‌کند و او راه پله‌هایی را طی می‌کند تا در جایگاه مخصوص در ورزشگاه پشت میکروفون بایستد ولی نمی‌تواند جمله‌ای بیان کند و فقط چند کلمه بریده بریده ... و همه مردم متأثرند. در سکانس بعدی او را در حال پک زدن سریع به سیگار است شخصی که در کنار او است و می‌فهمیم پزشک است به او راهنمایی می‌کند:



سیگار کشیدن به شما آرامش و

اعتماد به نفس می‌دهد.

بعد به او ۶ گلوله شیشه‌ای می‌دهد تا در دهان گذاشته و سعی می‌کند مطالبی را بخواند او نمی‌تواند و عصبانی می‌شود و در صحنه بعدی او در حال سیگار کشیدن است. قصه فیلم که از واقعیت برداشت شده است در سال‌های دهه ۳۰ میلادی می‌گذرد. همسر او که برایش همدردی دارد آدرس شخصی که گفتار درمانی می‌کند را در محله‌ای قدیمی می‌یابد و به دنبالش می‌رود او که خود را با نام جانسون که اسم مستعار شاهزاده در جنگ جهانی بوده است تا شناخته نشود، معرفی می‌کند با اصرار لیونل لوگ که می‌خواهد بیمار به مطب او بیاید مواجه می‌شود و حتی پیشنهاد می‌کند که بیمار شغلش را عوض کند اما وقتی متوجه می‌شود با کی طرف است همه‌چی تغییر می‌کند ولی اصرار او برای حضور بیمار پلر جاست. در صحنه‌های بعدی می‌فهمیم که زندگی لوگ با همسر و ۳ پسرش فقیرانه ولی راضی کننده است و در یک تست بازیگری نظر کارگردان را جلب نمی‌کند و شاهزاده که

فیلم سخنرانی پادشاه که محصول سال ۲۰۱۰ کمپانی وین‌استاین است توسط تام هوپر کارگردانی شده است و از فیلم نامه قوی دیوید سیدلر استفاده می‌کند. کالین فرت نقش جرج ششم و جفری راش نقش لیونل لوگ را بازی می‌کنند و هلنا بوهام کارتر نقش همسر شاه را دارد.

فیلم در ۴ رشته اصلی جایزه اسکار ۲۰۱۱ بهترین فیلم، بهترین کارگردانی، بهترین هنرپیشه اول مرد و بهترین فیلمنامه را کسب می‌کند و نیز این موفقیت را در جشنواره سالانه انگلستان تکرار کرده است.

این فیلم بعد از نمایش، واکنش‌های شدیدی را در مخالفت با نمایش مصرف سیگار داشته است و اعتراض‌های گسترده‌ای از سوی فعالان این حوزه چه به صورت نامه و چه به صورت تجمع شکل گرفته داشته است. در فیلم یازده سکانس مصرف سیگار توسط شخصیت اصلی فیلم وجود دارد و همچنین در ۳ سکانس مهمانی به صورت دسته جمعی سیگار مصرف می‌شود و در ۳ سکانس که شخصیت چرچیل حضور دارد سیگار برگ معروف او نیز دیده می‌شود. در یکی از صحنه‌های ابتدایی می‌بینیم که پزشکی به هنرپیشه نقش اول می‌گوید سیگار کشیدن به شما اعتماد به نفس می‌دهد. البته در یک صحنه دیگر می‌شنویم که هنرپیشه دوم می‌گوید سیگار کشیدن شما را می‌کشد. فیلم با سکانس استودیو بی‌بی‌سی بین‌الملل و تمرکز بر میکروفون شروع می‌شود. دلپره و اضطراب مردی را می‌بینیم که در کنار همسرش کاغذ بدست منتظر است سپس می‌فهمیم که او دوک بورک شاهزاده ولز و یکی از پسران پادشاه انگلستان است

می‌رود. از طرف دیگر نخست‌وزیر و اطرافیان از این‌که دیوید می‌خواهد زن خود را طلاق بدهد و با اولیس که ۲ بار از شوهرانش طلاق گرفته ازدواج کند ناراحت هستند و بر اساس قوانین انگلستان این کار شدنی نیست. یک شایعه دیگر که اولیس با آلمانی‌ها ارتباط دارد نیز مطرح است و نخست‌وزیر می‌خواهد تا دولت استعفا نداده است پادشاه از تصمیم خود برگردد. در این اوضاع برتی که ناراحت و غمگین است و نمی‌خواهد به برادرش خیانت کند لکننت زبانش بدتر می‌شود و این درحالی است که لیونل را راه نمی‌دهد.



در اثر فشار مردم و دولت دیوید که نمی‌خواهد از ازدواج کردن با اولیس صرف نظر کند. در بیانیه‌ای از تخت کناره‌گیری می‌کند و برادرش (برتی) را که در این ایام با پیشنهاد چرچیل رئیس نیروی دریایی به نام جرج ششم می‌خوانند را جایگزین می‌کند و به او وفادار می‌ماند. نطق دیوید بسیار تأثیرگذار می‌شود و برعکس برتی در روز شروع کار نمی‌تواند سخنرانی کند. او بسیار افسرده و ناراحت است و خود را پادشاه نمی‌بیند او نزد لیونل برمی‌گردد که درمان‌اش را کامل کند. برنامه جشن تاج‌گذاری در راه است و لیونل به‌طور غیر متعارفی شاه را برای مراسم آماده می‌کند. در یکی از جلسات آماده‌سازی لیونل از گذشته خود که دکتر نبوده است و فقط در جنگ جهانی اول آن سربازاتی که شوکه شده بودند را با عضله‌درمانی و آرام‌سازی به حرف انداخته است می‌گوید و در حالی که روی صندلی شاه می‌نشیند و او را عصبانی می‌کند شاه را به سریع حرف زدن و می‌دارد. شاه در این ایام سخنرانی‌های هیتلر را می‌بیند و در جواب دخترش که از او می‌پرسد هیتلر چه می‌گوید؟ پاسخ می‌دهد نمی‌دانم ولی خوب حرف می‌زند. در سال ۳۹ که

نمی‌تواند به خوبی برای دو دخترش شب‌ها قصه بگوید. بالاخره شاهزاده قبول کرده و به مطب لوگ می‌رود و در بدو ورود پسر بچه‌ای که با لکننت حرف می‌زند را می‌بیند و در حضور لوگ که سعی دارد بسیار راحت و خودمانی بشود به سختی صحبت می‌کند. او از بیماراش می‌خواهد به جای دکتر به او لیونل بگوید و همچنین به جای قربان و سرورم فردریک آلبرت جرج را برتی صدا کند. او که می‌خواهد سیگار روشن کند با اعتراض لیونل که می‌گوید سیگار کشیدن شما را می‌کشد مواجه می‌شود. در جواب می‌گوید دکترهایش گفته‌اند که سیگار گلو را آرام می‌کند و لیونل می‌گوید که آنها احمق هستند و شاهزاده می‌پذیرد ولی او که خیلی عصبی است و با فشار و سختی جواب‌های لیونل را می‌دهد از شروع ارتباط با او ناراحت است و هیچ همکاری نمی‌کند در حالی که لیونل خیلی خونسرد و آرام است و قوانین خود را اجرا می‌کند و او را آرام با شرط‌بندی و می‌دارد تا کنایی از شکسپیر بخواند در حالی که موسیقی بلندی را گوش می‌کند و صدایش ضبط می‌شود. اما شاهزاده ناراحت شده و می‌رود. سپس او را در کنار پدرش شاه جرج پنجم می‌بینیم که می‌خواهد تبریک سال نو را بگوید ولی عصبی است و مشاجره می‌کند و پدر بسیار ناراحت و خشمگین است. در خانه او در حال سیگار کشیدن است و با ناراحتی صفحه‌ای که با لیونل ضبط کرده را می‌شنود و متوجه می‌شود که چقدر راحت صحبت کرده سپس پیش دکتر برمی‌گردد و قرار می‌گذارند و هر روز ادامه می‌دهند با تمریناتی که عمدتاً ورزش و حرکات موزون است و تاحدی غیرعادی. در این ایام او می‌تواند بهتر صحبت کند این موضوع تا سال ۱۹۳۶ ادامه می‌یابد زمانی که پادشاه می‌میرد و دیوید برادر بزرگ‌تر برتی بایستی به جای پدر بنشیند برتی که ناراحت است پیش لیونل می‌آید و از گذشته‌اش می‌گوید که برادری ۱۳ ساله داشته که از بیماری صرع مرده است و در خانواده به او زیاد محبت نمی‌شده اما بعد از مدتی برتی که از کارهای دیوید و نحوه پادشاهی او بدون توجه به اوضاع اروپا و هیتلر و فقط با توجه به اولیس دوست دخترش می‌گذراند ناراضی است و در مشاجره‌های توسط دیوید به‌خاطر لکننت زبانش مسخره می‌شود. او پیش لیونل می‌رود و اوضاع را می‌گوید و لیونل می‌خواهد که او قوی باشد ولی برتی عصبانی است و

۱۸ سال) مشخص می‌گردد گو اینکه علت آنرا استفاده از کلمات رکیک در فیلم ذکر می‌کنند.

فیلم «سخنرانی شاه» دارای صحنه به یاد ماندنی و با ارزشی در زمینه کنترل دخانیات می‌باشد که شاید ارزش نوشتن مقالات و مطالب زیادی را داشته باشد. در این فیلم جفری راش (Geoffrey Rush) با عنوان Lionel Logne نقش گفتار درمانگر شاه جورج ششم را بازی می‌کند. شاه جورج ششم با بازی کالین فرث (Collin Firth) توانست با کمک درمانگرش بر لکنت زبان شدیدی که داشت غلبه کند. مکالمه زیر بخشی از اولین جلسات درمانی آنهاست:

درمانگر: [هنگامی که شاه جورج سیگاری روشن می‌کند]

اینجا این کار را نکنید.

شاه جورج: چرا نکنم؟

درمانگر: این دودی که به ریه‌هایتان می‌رود شما را می‌کشد.

ارتش آلمان از لهستان خارج نمی‌شود. جنگ جهانی دوم در حال شروع شدن است و پادشاه بایستی در نطقی زنده و رادیویی اوضاع را بیان کند و لیونل آخرین توصیه و تمرین‌ها را با شاه انجام می‌دهد. لحظه‌های اضطراب و راه رفتن او تا پای میکروفون تأثیرگذار است لیونل که محل را خیلی شبیه اتاق خودش ساخته است پنجره‌ها را باز می‌کند و به او کمک می‌کند که جملات را بخواند. بعد از اضطراب اولیه سخنرانی شاه بسیار خوب و بی‌نقص اجرا می‌شود و لیونل به مزاح می‌گوید هنوز روی W لکنت داری و شاه می‌گوید که یک کمی ایرادی ندارد. در پایان می‌فهمیم که شاه لیونل لوگ را در سال ۱۹۴۴ به سمت رئیس امور سلطنتی منسوب می‌کند و این تنها افتخاری است که به یک فرد عامی به‌خاطر بلند همتی‌اش داده شده است و در تمام سخنرانی‌های زمان جنگ شاه در کنارش حضور دارد و این سخنرانی‌ها به پایداری ملی معروف است. این دو تا تمام عمر دوست باقی می‌مانند.



شاه جورج: پزشکان من به من می‌گویند که این کار باعث آرامش حنجره من می‌شود.

درمانگر: آنها ابله هستند.

شاه جورج: ولی آنها نجیب‌زاده‌اند و به مقام شوالیه‌ای رسیده‌اند.

درمانگر: پس این کار را رسمی کنید.

شاید این مکالمه بیشتر جنبه مطرح کردن اشرافیت و نجیب‌زادگی افراد را نشان می‌دهد ولی در عین حال دارای لودگی نیز می‌باشد. در این فیلم موارد بسیاری از

فیلم که در تاریخ ۲۶ نوامبر ۲۰۱۰ روی پرده رفته تا تاریخ ۸ مارچ ۲۰۱۱ بیش از ۱۱۴ میلیون دلار در ایالات متحده فروش داشته است و به علت اشاره‌های تاریخی مخاطب فراوان دارد همچنین بدلیل اینکه در مراسم اسکار جوایز اصلی را درو کرده است از شانس بیشتری برای افزایش تماشاگر در سراسر دنیا را پیدا می‌کند و همین علت باعث شده است تا درباره اشاعه الگوی مصرف سیگار توسط مخالفان دولتی و غیر دولتی دخانیات بازخواست شود تا جایی که در درجه‌بندی این فیلم را با R (ممنوع برای زیر



دیگری است که باید از نظر سیاست‌گذاری رده‌بندی فیلم مورد تجدیدنظر قرار می‌گرفت.

به دنبال تلاش سازمان‌های بهداشتی و انجمن‌های مدنی گوناگون در سراسر جهان، تعداد زیادی از شرکت‌های رسانه‌ای ایالات متحده مجبور به حذف صحنه‌های مصرف سیگار از سال ۲۰۰۵ گردیده‌اند برای اطلاعات بیشتر به این آدرس مراجعه کنید:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5932a2.htm>

ولی سایر شرکت‌ها هنوز چنین اقدامی را صورت نداده‌اند و این بدین معناست که جوانان بسیاری در معرض مشاهده چنین تصاویری هستند. این فیلم‌ها صدها میلیون دلار از سوپسید تولید فیلم ایالات متحده، کانادا، انگلستان، اتحادیه اروپا، استرالیا و زلاندنو دریافت می‌کنند در حالی که هیچ اقدامی در زمینه پیشگیری از استعمال دخانیات انجام نمی‌دهند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینه تبلیغات مصرف سیگار در فیلم‌ها می‌توانید به آدرس زیر مراجعه نمایید. <http://www.smokefiremovies.ucsf.edu>

Health & Science
 Jonathan Polansky

برگرفته از
 نوشته

صحنه‌های مصرف سیگار مشاهده می‌شود و متأسفانه شاهد این مورد هستیم که در این فیلم نیز مطابق عقیده عوام مصرف سیگار را مفید و آرام‌بخش تلقی کرده‌اند. زمان وقوع داستان این فیلم به دهه ۱۹۳۰ برمی‌گردد و شخصیت‌های موجود در فیلم تاریخی و واقعی هستند که اکثراً سیگاری می‌باشند.

این فیلم تاریخی ارزش دیدن را دارد. موسسه ساخت فیلم آمریکا (Motion Picture of America) از نظر رده‌بندی گروه سنی، این فیلم را به افراد بالای ۱۸ سال توصیه کرد (به دلیل وجود برخی جملات نامناسب) ولی بنا به درخواست توزیع‌کننده انگلیسی آن، این فیلم توسط هیات رده‌بندی فیلم انگلستان مورد تجدید نظر قرار گرفت و به آن رده «۱۵ سال به بالا» تعلق گرفت (این فیلم شامل سخنان رکیزی طی مکالمات درمانگر می‌باشد).

افراد سیگاری در این فیلم شخصیت‌های واقعی تاریخی هستند و تنها به دلیل استعمال دخانیات این فیلم در رده‌بندی مناسب برای افراد ۱۸ سال به بالا قرار نمی‌گیرد که از سوی سازمان بهداشت جهانی بر آن تأکید شده است. همچنین موجه نشان دادن مصرف سیگار توسط نقش اصلی این فیلم از موارد

قانون جامع

کنترل دخانیات

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی.

- وزیر آموزش و پرورش.

- وزیر بازرگانی.

- فرمانده نیروی انتظامی.

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

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

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

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

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

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

ماده ۲- وظایف ستاد به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 کتاب پیش رو «درباره سیگار» می‌باشد. این کتاب گردآوری شده توسط دکتر غلامرضا حیدری، ترجمه

سیگار در باره

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



گردآوری: دکتر غلامرضا حیدری
ترجمه: پروانه سپهری
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی

اخذ مالیات و قیمت‌گذاری بر روی محصولات دخانی (ماده ۶): طبق این ماده اعضا به افزایش مالیات ترغیب می‌شوند. این معاهده بیان می‌کند که «هر یک از اعضا باید برنامه‌های کنترل دخانیات در جهت حفظ بهداشت عمومی کشورش را جدی بگیرد.» که یکی از راههای آن اجرای سیاستهایی در جهت اخذ مالیات و قیمت‌گذاری بر محصولات دخانی است. مطابق این معاهده، «اقداماتی که در جهت قیمت‌گذاری و اخذ مالیات صورت می‌گیرد، ابزار مهم و مؤثری در کاهش استعمال دخانیات توسط اقشار مختلف

جامعه مخصوصاً جوانان می‌باشد.» همچنین بر اساس این ماده فروش دخانیات معاف از مالیات (در فروشگاههای فرودگاهها و به مسافران خارجی) ممنوع می‌باشد. اعضای این معاهده موظفند فروش دخانیات معاف از مالیات را به مسافران خارجی محدود یا ممنوع نمایند.

نظارت و مقررات مربوط به مواد تشکیل دهنده دخانیات و آشکارسازی آنها (ماده ۹ و ۱۰):

تولید کلیه محصولات دخانی باید تحت نظارت و مقررات باشد. تمامی اعضا در بکارگیری خط‌مشی توافق دارند که به موجب آن در این کشورها وضع مقررات و آزمایش و اندازه‌گیری بر روی دخانیات صورت می‌گیرد. همچنین به موجب این معاهده تولیدکنندگان محصولات دخانی موظفند اطلاعات مربوط به مواد تشکیل‌دهنده محصولات دخانی را در اختیار مقامات دولتی بگذارند.

مسئولیت اعضا (ماده ۴/۵ و ۱۹):

اقدامات قانونی در روند کنترل دخانیات بسیار مؤثر است. مطابق این معاهده مسئولیت اعضا نقش مهمی در برنامه‌های جامع کنترل دخانیات دارد و اعضا برای

پریرازد سینایی و زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده است. دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: پس از یک دهه فعالیت در زمینه آموزش و پژوهش مرتبط با برنامه‌های کنترل دخانیات تجارب اندکی که حاصل گردیده است نشان می‌دهد در این موضوع هر چه بیشتر بدانی و کار کنی افق‌های گسترده‌تری برای آموختن و اجرا کردن می‌یابی، همان گونه که در تمامی علوم این چنین می‌باشد.

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

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

بیشتر اهداف کنترل دخانیات بر اجرای طرح‌های حقوقی و قانونی موافقت کرده‌اند. همچنین اعضاء موظفند در امور قانونی وابسته به دخانیات با یکدیگر همکاری نمایند. مجمع عمومی نظارت بر معاهده (ماده ۲۳):

گروه قدرتمندی از اعضا تحت عنوان مجمع عمومی بر این معاهده نظارت دارد. به موجب معاهده FCTC این مجمع (COP) تأسیس گردیده و از سال ۲۰۰۶ نیز آغاز به کار کرده است. وظایف این مجمع عبارتند از: نظارت بر اجرای معاهده، تصویب پروتکل، الحاقیه و اصلاحیه برای این معاهده و بکارگیری نهادهای فرعی متخصص برای رسیدن به اهداف این معاهده.

منابع مالی (ماده ۲۶):

اعضا متعهد می‌شوند که سرمایه‌گذاری برای کنترل دخانیات جهانی را تقویت کنند. اعضاء موافقت کرده‌اند از کلیه منابع مالی موجود برای کنترل دخانیات کشورهای عضو در حال توسعه و کشورهای عضو با اقتصاد پویا یاری بگیرند. این منابع عبارتند از منابع منطقه‌ای و سازمانهای میان دولتی بین‌المللی و دیگر منابع عمومی و خصوصی. تعهدات مهم دیگر:

- هر یک از اعضاء موظفند برای برنامه‌های مربوط به کنترل دخانیات هسته مرکزی یا سازوکار ملی مناسبی تشکیل داده یا در صورت وجود چنین مراکز و سازوکارها آنها را تقویت کرده و کمکهای مالی در اختیار آنها بگذارند (ماده ۵)

- اعضاء موظفند در برنامه‌های بهداشت ملی‌شان خدماتی برای ترک دخانیات ارائه دهند. (ماده ۱۴)

- اعضاء موظفند توزیع و فروش محصولات دخانی به افراد صغیر و توسط افراد صغیر را ممنوع اعلام کنند. (ماده ۱۶)

- اعضاء موظفند شرکت در NGOها به منظور گسترش برنامه‌های ملی کنترل دخانیات را تقویت کنند. (ماده ۱۲)

- اعضاء ملزم به اجرای کلیه پندهای معاهده می‌باشند و نمی‌توانند هیچ‌یک از آنها را به آینده موکول نمایند. (ماده ۳۰)

- اعضاء ملزم می‌باشند از هرگونه پخش رایگان محصولات دخانی خودداری نمایند. (ماده ۱۶)

عکس‌العمل صنعت دخانیات‌سازی:

همانطور که انتظار می‌رفت، FCTC مورد تهاجم صنعت دخانیات‌سازی قرار گرفته است بطوریکه آنها از این معاهده به عنوان تحمیل وسوسه‌های دنیای توسعه یافته

به دنیای در حال توسعه نام می‌برند. همچنین آنها این حقیقت را نادیده می‌گیرند که FCTC حاصل مباحثات بین کشورهای مستقل می‌باشد و معتقدند که FCTC قابلیت سیاستگذاری کنترل دخانیات را از دولتها غضب می‌کند. آنها همچنین سعی دارند دولتها را از این موضوع بترسانند که FCTC به ضرر اقتصاد دولتها می‌باشد، در حالی که یافته‌های بانک جهانی و دیگران نشان می‌دهد که اقدامات کنترل دخانیات هم به نفع سلامت جامعه می‌باشد و هم به نفع اقتصاد.

توانایی‌های FCTC:

تاکنون FCTC تغییرات زیادی درباره دخانیات و نیاز به تصویب و تقویت قوانینی برای کنترل دخانیات در اذهان عمومی بوجود آورده است. این معاهده علاوه بر مزایای موجود تاکنون موارد زیر را انجام داده است:

- به تصویب و تقویت قوانین ملی و اقدام برای کنترل دخانیات جان تازه ای بخشیده است.

- به منظور کنترل دخانیات در پشتیبانی مالی و فنی جهانی کمک بزرگی بوده است.

- وزارتخانه‌های جدیدی در رابطه با امور خارجی و مالی بوجود آورده است که تأثیر به‌سزایی در کنترل دخانیات دارند.

- سازمانهای غیردولتی (NGOها) و اعضای دیگری از جامعه مدنی را به منظور کنترل بیشتر دخانیات به کار گرفته است.

- آگاهی عموم را درباره روشهای بازاریابی شرکتهای دخانیاتی بالا برده است.

به منظور حمایت شدید از FCTC و مبارزه با دروغ پراکنی شرکتهای دخانیاتی اتحادیه‌ای از NGOهای سراسر جهان مشغول به کار شده است که شامل بیش از ۲۰۰ گروه از بیشتر از ۹۰ کشور می‌باشد. این اتحادیه (Framework Convention Alliance) نقش مهمی در آموزش سیاستگذاری و تقویت همکاری برون مرزی به عهده دارد.

فصل سوم

دود سیگار

دود ناشی از سوختن سیگار که در هوا مشاهده می‌شود ترکیب پیچیده‌ای از بیش از ۴۸۰۰ ترکیب شیمیایی از جمله ۶۹ کارسینوژن می‌باشد. بنابر ماده ۸/۱ معاهده

جهانی کنترل دخانیات: «شواهد علمی صراحتاً نشان می‌دهد که مجاورت با دود سیگار باعث مرگ، بیماری و ناتوانی می‌شود.» همچنین به گفته سازمان بهداشت جهانی، دود سیگار یک کارسینوزن انسانی است که هرگونه مجاورت با آن مضر می‌باشد.

مضرات دود سیگار برای کودکان و افراد غیرسیگاری: سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که در حدود ۷۰۰ میلیون کودک، یا نزدیک به نیمی از کودکان جهان، هوای آلوده به دود سیگار تنفس می‌کنند. موارد زیر در نوزادان و کودکان مجاور با دود سیگار مشاهده می‌شود:

- افزایش میزان عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (مانند برونشیت و پنومونی) و عفونت گوش
- تشدید بیماری تنفسی مزمن (مانند آسم)
- کاهش میزان رشد ریه
- افزایش احتمال وقوع مرگ بر اثر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS).

همچنین ممکن است کودکان مجاور با دود سیگار در بزرگسالی دچار بیماریهای قلبی-عروقی و اختلال در رفتارهای عصبی شوند. از طرفی دیگر زنان غیرسیگاری باردار بر اثر مجاورت با دود سیگار، رشد ناقص جنین را به همراه دارند.

دود سیگار عامل اصلی بیماری قلبی می‌باشد. طبق گزارش سازمان حفاظت از محیط زیست کالیفرنیا در سال ۱۹۹۷ اعلام شده است که دود سیگار فقط در آمریکا سالانه باعث مرگ ۳۵۰۰۰ تا ۶۲۰۰۰ فرد غیرسیگاری مبتلا به بیماری قلبی می‌شود. علاوه بر این طی تحقیقات وسیعی رابطه بین مجاورت با دود سیگار و بیماریهای قلبی اثبات شده است، به طوری که طی متاآنالیزهایی مشخص شده است که در افراد غیرسیگاری که با افراد سیگاری زندگی می‌کنند احتمال بروز بیماریهای قلبی بسیار زیاد می‌باشد. این احتمال تا ۳۰٪ برای این افراد افزایش می‌یابد که حمله قلبی یا مرگ را به همراه دارد. مطالعات دیگری جهت اثبات مضرات دود سیگار برای افراد غیرسیگاری عبارتند از:

- مرکز تحقیقات بین المللی سرطان (IARC) طی مطالعاتش نتیجه گرفته است که دود سیگار باعث سرطان ریه و بیماریهای دیگری می‌شود.

- طی مطالعات دانشگاه مینه‌سوتا در سال ۲۰۰۳ مشخص

شده است که افراد غیرسیگاری که در یک کازینو در معرض دود سیگار بودند فقط بعد از ۴ ساعت حضور در آن مکان سطح گردش کارسینوزن در خونشان بالا رفته است. - در آنالیز ترکیبی دو مطالعه وسیع در آمریکا و اروپا مشخص شده است که مجاورت افراد غیرسیگاری با دود سیگار همسر، همکاران و دیگر منابع اجتماعی، خطر ابتلا به سرطان ریه را تا ۲۲٪ افزایش می‌دهد. همچنین در افرادی که به مدت طولانی‌تر در معرض دود سیگار قرار می‌گیرند این احتمال به ۳۲٪ می‌رسد.

- طی مطالعه‌ای در نروژ در سال ۱۹۹۸ مشخص شده است که مجاورت زنان باردار غیرسیگاری با دود سیگار احتمال زیاد تولد نوزادان کم وزن را به همراه دارد.

- مطالعات مجله پزشکی انگلستان نشان می‌دهد که بعد از اجرای قانون جامع ممنوعیت استعمال دخانیات در شهر هلند آمریکا، میزان سگته قلبی ۴۰٪ کاهش یافت (در حالیکه به هنگام تعلیق اجرای این قانون توسط نیروهای مخالف، نتیجه معکوس حاصل شد).

مقاومت شرکتهای دخانیاتی علیه محدودیتهای مصرف سیگار:

بر خلاف مدارک علمی مستدل، چهار شرکت از پنج شرکت دخانیاتی برتر جهان هنوز مخالف مضرات دود سیگار می‌باشند، زیرا می‌دانند مضرات دود سیگار برای افراد غیرسیگاری می‌تواند عامل اصلی تهدیدکننده تجارتشان باشد. به همین دلیل برای مبارزه با سیاستهای ایجاد هوای پاکیزه تدابیر زیر را بکار برده‌اند:

مبارزه با علم:

- بر اساس مدارک شرکتهای دخانیاتی، این شرکتها در اقصی نقاط جهان (آمریکا، اروپا، استرالیا، خاور دور، آمریکای جنوبی، آمریکای مرکزی و اسپانیا) راهکارهایی را برای مبارزه بکار گرفته‌اند که طی آنها گروهی از دانشمندان منتخب وکلای آمریکایی و دانشمند هماهنگ‌کننده ملل به منظور مطالعه متون علمی و کار بر روی ETS مشغول به کار می‌باشند.

- در جهت نابودی یافته‌های مطالعات ۱۰ ساله سازمان بهداشت جهانی بر روی مضرات دود سیگار، شرکتهای دخانیاتی میلیونها دلار خرج کرده‌اند.

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.

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟

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

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

۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟

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

۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

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

۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟

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

۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی ب- تخصصی ج- معمولی د- غیر علمی ه- بسیار پایین

۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی ب- تخصصی ج- معمولی د- غیر علمی ه- بسیار پایین

۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟

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

۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟

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

۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟

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

۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟

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

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

الف- زیاد ب- مناسب ج- کم

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

الف- سخن روز ب- فعالیتهای مرکز ج- اخبار داخلی د- اخبار بین الملل

ه- مقالات برگزیده و- زیر ذره بین ز- صفحه آخر

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

فرم نظرسنجی را به آدرس: تهران - نیاوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات پست نمائید یا به شماره: ۲۶۱۰۹۵۰۸ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: www.tpcrc.ac.ir ارسال نمائید.

پیشنهادها و انتقادات: