

کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور
سال دوم شماره ۳ آذر ۱۳۸۹ - تیراژ ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۴ آذر ۱۳۸۹

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۳۴/۳۶۴۲ مورخه ۱۳۸۸/۷/۲۷ هیات نظارت بر مطبوعات

صاحب امتیاز

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مدیر مسئول و سردبیر

دکتر غلامرضا حیدری

هیأت تحریریه

دکتر حبیب امامی، دکتر مسلم بهادری،

دکتر علی رمضانخانی، دکتر بانک شریف کاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید قلاح نغفی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریاتپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

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

گرافیکست و صفحه آرا

فانزه صفرعلی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کد پستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۶۰۰۳ - ۲۶۱۰۹۵۱۵

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

بها: ۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است



۳	معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
۴	سخن روز
۵	مقالات منتخب
۹	سیگارهای کم قطران چینی سطح پایین تری از نیکوتین و مواد سرطان زا آزاد نمی کنند زیر در زمین
۱۳	به مناسبت چهارمین اجلاس اعضای معاهده جهانی کنترل دخانیات ما توانستیم شما هم می توانیم
۱۵	فعالتهای مرکز جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما پیوندید برگزاری جلسه شورای پژوهشی
۱۷	اخبار کنسوری شهرداری پیشرو در امر مبارزه با دخانیات تبلیغ سیگار برقی (مفید یا مضر؟) بالاخره قلیان ها جمع آوری می شوند مافیای قاچاق سیگار اختاپوسی عمل می کند منوعیت چاپ تصاویر جدید هشدارهای بهداشتی پاکت های سیگار تغییرات ایجاد شده ناشی از تنباکو در حفره دهان
۲۳	اخبار بین المللی اقدام صنف سیگار فروشان پاکستان علیه هشدارهای بهداشتی مصور قیمت سیگار باز هم در مالزی گران می شود مادران سیگاری سالانه باعث مرگ یک هزار کودک در آمریکا می شوند ترقندهای جدید فیلیپ موریس در اروگوئه والدین سیگاری فرزند دختر خواهند داشت دود سیگار و آشفتگی های روانی ویتامین ها می توانند از بروز سرطان در افراد سیگاری جلوگیری کنند برپایی مراسم شب زنده داری مذهبی علیه قاچاق سیگار در هنگ کنگ
۲۷	سینما و دخانیات هنوز هم در فیلم های معروف آمریکایی مصرف سیگار تبلیغ می گردد!
۲۹	نشستی با صاحب نظران دکتر هویا طلوعی
۳۱	قانون جامع کنترل دخانیات
۳۳	مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات روشهای ترک سیگار در بیماران ریوی

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



در هفته تکر آذربایجان ماه چهارمین اجلاس عمومی اعضای معاهده جهانی کنترل دقانیات در اروکونه برگزار گردید. گزارش تفصیلی این جلسه را در شماره آینده می آوریم ولیکن در بخش زیر ذره بین به توضیح درباره این معاهده پرداخته ایم.

بر اساس این معاهده که اولین معاهده بوداشتی زیر نظر سازمان بوداشتی جهانی است مقرر است که هر دو سال یک بار اعضا گرد هم آیند و درباره برنامه های اجرایی، دستورالعمل ها و شرایط هر کشور توضیح داده و با بحث و گفتگو به هماهنگی برسند.

هدف این معاهده تلاش برای ارتقا سطح سلامت مردم از طریق کاهش موارد مصرف دقانیات می باشد و در چند بخش اصلی شامل اعمال محدودیت ها در توزیع و مصرف، مبارزه با قاچاق سیگار، اجرای برنامه های کشور بر اساس قوانین دقانی و شروع مصرف تنه اعمال برنامه بر منقلبین و قهره رکن کارهایی پیشنهاد می کند تا هر کشور ایران که در طول سال های بحث و تدوین معاهده و نیز جلسات عمومی اعضا حضور مؤثر و مفید داشته

و دقانی قبل به عنوان هماهنگ کننده و رئیس جلسات منطقه مدیترانه شرقی فعالیت می کرده است با الهام گرفتن از این معاهده برنامه های موهی را در کشور شروع کرده که می توان از تصویب قانون جامع کنترل دقانیات، انضامی هشدار بوداشتی مصور بر پاکت های سیگار، افزایش مالیات القه شده بر سیگار و کاهش مراکز فروش ترک سیگار را نام برد ولیکن به نظر می رسد این اواخر شتاب و تمرکز لازم در ارائه آنها وجود ندارد. امید است اجلاس عمومی چهارم معاهده در اروکونه انرژی مثبت و شور و شوق مناسب برای هر چه اعضای نوگرددن برنامه های کنترل دقانیات در کشور را بویاید آورد و روند فعالیت های مربوط به این مناسب تر مویجات ارائه اجرایی مصوبات را فراهم آوردند تا زمینه برای عقد و ارتقای سلامت آثار مردم از طریق کاهش موارد مصرف دقانیات بویاید آید. این شماره.

Chinese 'low-tar' cigarettes do not deliver lower levels of nicotine and carcinogens

Quan Gan,¹ Wei Lu,² Jiying Xu,² Xinjian Li,² Maciej Goniewicz,^{1,3} Neal L. Benowitz,^{1,2} Stanton A. Glantz^{1,4}

¹Center for Tobacco Control Research and Education, University of California, San Francisco, California, USA

²Shanghai Center for Disease Control and Prevention, Shanghai, China

³Division of Clinical Pharmacology and Experimental Therapeutics, Departments of Medicine and Biopharmaceutical Sciences, University of California, San Francisco, California, USA

⁴Department of Medicine and Cardiovascular Research Institute, UCSF Comprehensive Cancer Center, University of California, San Francisco, California, USA

Correspondence to

Stanton A. Glantz, Center for Tobacco Control Research and Education, University of California, San Francisco, 530 Parnassus Avenue, Suite 366, San Francisco, California 94143-1330, USA; glantz@medicine.ucsf.edu

Received 5 August 2009
Accepted 27 January 2010

ABSTRACT

Background Low-tar cigarette smoking is gaining popularity in China. The China National Tobacco Corporation (CNTC) promotes low-tar cigarettes as safer than regular cigarettes.

Methods A total of 543 male smokers smoking cigarettes with different tar yields (15 mg, regular cigarettes, 10–13 mg low-tar cigarettes and <10 mg low-tar cigarettes) were recruited in Shanghai, China, who then completed a questionnaire on smoking behaviour and provided a urine sample for analysis of the nicotine metabolites cotinine and trans-3-hydroxycotinine. A total of 177 urine samples were selected at random for the analysis of the carcinogens polycyclic aromatic hydrocarbon metabolites (PAHs) (1-hydroxypyrene, naphthols, hydroxyfluorenes and hydroxyphenanthrenes) and the tobacco specific nitrosamine 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanone (NNK) metabolites, 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-butanol (NNAL) and NNAL-glucuronide. Values were normalised by creatinine to correct for possible distortions introduced by dilution or concentration of the urine.

Results Smokers of low-tar cigarettes smoked fewer cigarettes per day ($p=0.001$) compared to smokers of regular cigarettes. Despite this lower reported consumption, levels of cotinine, trans-3-hydroxycotinine and PAHs in urine of people smoking low-tar cigarettes were not correlated with nominal tar delivery of the cigarettes they smoked. Urine concentrations of NNAL were higher in smokers of lower tar than higher tar cigarettes.

Conclusions Chinese low-tar cigarettes do not deliver lower doses of nicotine and carcinogens than regular cigarettes, therefore it is unlikely that there would be any reduction in harm. CNTC's promotion of low-tar cigarettes as 'less harmful' is a violation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, which China ratified in 2005.

INTRODUCTION

Beginning in the 1950s, tobacco companies embarked on an effort to design cigarettes with lower yields of carcinogenic tar, with the hope that doing so would lead to less dangerous cigarettes.^{1–3} While this effort failed to produce less dangerous cigarettes, the companies discovered that cigarettes with lower tar yields (measured by a smoking machine) would appeal to health-concerned smokers even though the actual delivery of nicotine and carcinogens to people was not affected by the design changes to cigarettes.^{4–7} Low-yield cigarettes were designed to burn faster and to have

greater ventilation, (adding small ventilation holes to the filters that diluted the smoke delivered to the smoking machines). However, smokers easily compensated for these design changes by puffing more frequently and more intensively and blocking ventilation holes so as to maintain desired levels of nicotine in the body.⁸

Legal concerns forced the tobacco companies to be circumspect in making explicit health claims for so-called 'light' and 'mild' low (machine) delivery cigarettes, but the popularity of low-tar cigarette smoking increased dramatically.⁹ The fact that the tobacco companies extensively researched the compensatory behaviours of low-tar cigarette smokers and engineered cigarette design to obtain low readings of nicotine and tar from smoking test machines while maintaining intake by smokers^{10–12} was a central element of Federal Judge Gladys Kessler's 2006 ruling⁹ that US tobacco companies violated the Racketeer Influenced and Corrupt Organizations (RICO) Act by systematically defrauding the public. As part of her remedy (under appeal as of April 2010), she ordered the companies to stop using the terms 'light' and 'mild'.^{9,10} For the same reasons, the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), the global public health ratified by 160 countries (as of April 2010), requires parties to pass laws banning the use of terms 'light' and 'mild'.¹¹

The China National Tobacco Corporation (CNTC), which is part of the government as the State Tobacco Monopoly Agency (STMA), is the largest cigarette producer in the world and the dominant company in the Chinese market. CNTC initiated a nationwide effort in the mid 1990s to lower the machine-measured tar level of cigarettes produced in China.¹² Because of CNTC's tar reduction effort, the average machine-measured tar delivery of cigarettes sold in China dropped from 36.1 mg/cigarette in 1985 to 20 mg/cigarette in 1991 to 12.8 mg/cigarette in 2008 (figure 1). In 2004, CNTC set 15 mg as the maximum allowed limit of tar delivery for cigarettes sold in China.¹³ CNTC's tar reduction campaign has been accompanied with increasing popularity of lower-yield cigarettes among Chinese smokers. A 2007 survey found that nearly 20% of the cigarettes sold in China had tar levels below 12 mg,¹⁴ up from 5.6% in 2002.¹⁵ In some areas such as Beijing, Shanghai, Dalian and Fujian, more than 2% of the cigarettes sold had a tar level at or below 5 mg.¹⁴ In 2006 CNTC stated that it put 'developing less harmful cigarettes' (including low-tar cigarettes) as one of the main focuses of its 'Research and Development Plan for 2006–2020'.¹⁶



سیگارهای کم قطران چینی سطح پایین تری از نیکوتین و مواد سرطانزا آزاد نمی‌کنند

ترجمه و نقد: دکتر غلامرضا حیدری
منبع: 10.1136/tc.2009.033092

پس زمینه: مصرف سیگارهای کم قطران در چین در حال افزایش می‌باشد. شرکت دخانیات ملی چینی سیگارهای کم قطران را به دلیل سالم‌تر بودن از سیگارهای معمولی تبلیغ می‌کند.

روش: در شانگهای چین ۵۴۳ مرد سیگاری با سطح قطران مختلف ۱۵ میلی گرم، ۱۰-۱۵ میلی گرم و کمتر از ۱۰ میلی گرم وارد مطالعه شدند که پرسشنامه رفتار سیگار کشیدن را کامل نمودند و نمونه ادراری برای بررسی متابولیت‌هایی شامل کوتینین و ترانس ۳ هیدروکسی کوتینین دادند. به صورت تصادفی ۱۷۷ نمونه ادراری برای بررسی مواد سرطانزا شامل متابولیت‌های کربنی چند حلقوی معطر و نیتروزامین خاص دخانیاتی NNK و NNAL انتخاب شدند. مقادیر بر اساس میزان‌های طبیعی ادراری تصحیح گردید.

یافته‌ها: افراد سیگاری که از سیگار کم قطران استفاده می‌کنند به صورت معنی داری در مقایسه با افراد سیگاری معمولی تعداد کمتری سیگار روزانه مصرف می‌کنند ($P=0.001$) بر خلاف این مقدار کمتر مصرف گزارش شده سطح کوتینین و متابولیت‌های دیگر آن در ادرار افرادی که سیگار کم قطران می‌کشند ارتباطی با مقدار عددی قطران آزاد شده از سیگار ندارند. مقدار نیتروزامین‌های سرطانزا در افراد سیگاری با قطران کم بالاتر از افراد سیگاری با قطران بالا می‌باشد.

نتیجه‌گیری: سیگارهای چینی با قطران کم مقدار کمتری نیکوتین و مواد سرطانزا آزاد نمی‌کنند. بنابراین به نظر نمی‌آید کم ضررتر باشند. تبلیغ شرکت دخانیات ملی چین برای استفاده از این سیگارها بر خلاف معاهده جهانی کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی است که چین آن را در سال ۲۰۰۵ لازم‌الاجرا داشته است.

نقد و بررسی: یکی دیگر از باورهای غلط که افراد سیگاری دارند این است که مصرف سیگارهای کم قطران (که عمدتاً به سیگارهای سبک و ملایم و حتی فوق سبک مشهور شده‌اند) ضرر کمتری دارند و بسیاری از آنان تغییر رفتار سیگار کشیدن‌شان از مصرف نوع معمولی (در اصطلاح بسیاری از افراد سیگاری گازونیلی) به نوع ملایم را یک رفتار بهداشتی و یک قدم نزدیک تر به ترک سیگار می‌داند. مطالعات متعددی در این خصوص انجام شده است و همگی این مطلب را رد کرده‌اند. مطالعه فوق از جدیدترین این سری تحقیقات می‌باشد. یک نکته ویژه در مقدمه این مطالعه اشاره شده است و آن تبلیغ و توصیه شرکت دخانیات ملی چین به استفاده بیشتر و بهتر از سیگار کم قطران می‌باشد. همانطوری که در قسمت بحث مقاله آمده است از آنجایی که چین در سال ۲۰۰۵ میلادی عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات شده است، بر اساس تعهدات خود نیایستی این‌گونه عمل کند و این مهم بایستی در گزارشات سالانه این کشور درج گردد.

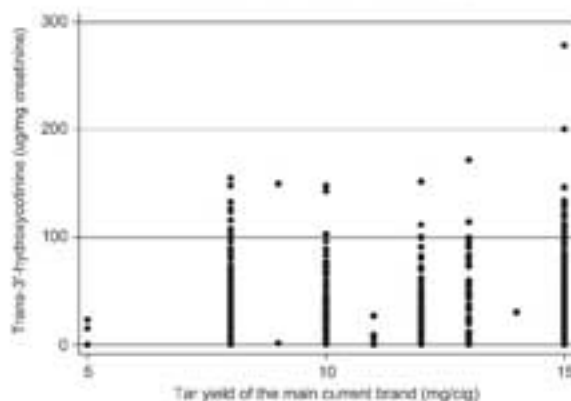
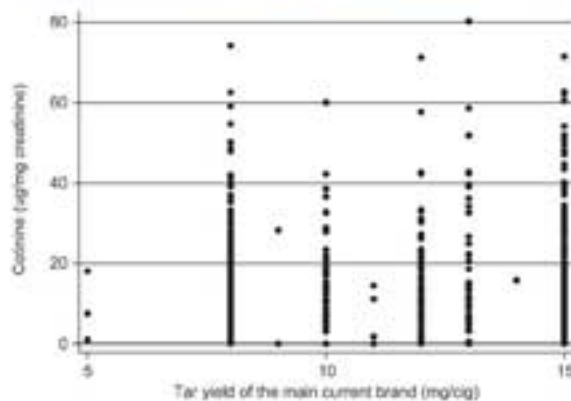
اما تحقیق هدف درستی را دنبال می‌کند و آن مقایسه متابولیت‌های نیکوتین و نیتروزامین موجود در سیگارهای با قطران مختلف است. چرا که فقط کم قطران و کم نیکوتین بودن سیگار نشانه بهداشتی بودن آن نیست بلکه مقدار مواد آزاد شده بعد از مصرف در بدن فرد است که بایستی کمتر باشد و همین مطالعات می‌تواند دروغ‌های صنایع دخانیاتی را نشان دهد.

گواینکه مقدار متوسط قطران موجود در سیگارهای ساخت چین بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۸ کاهش یافته است. (شکل-۱)

ولی هنوز هم سطوح مختلفی از قطران در سیگارهای چینی ساخته می‌شود که شرکت دخانیات ملی چین توصیه می‌کند سیگارهای با قطران کم مصرف شوند. (شکل-۲)

روش مطالعه بی‌نقص و جالب است بطوریکه ۴ مرکز آزمایش رانندگی در شانگهای چین انتخاب می‌شوند و افرادی که هر ۱ تا ۶ سال بر حسب نوع گواهینامه

کوتی نین در سیگارهای با قطران مختلف آمده است و همانگونه که مشخص است تفاوتی مشاهده نشده است. در (شکل ۴) مقدار هیدروکربن‌های حلقوی معطر نیز اینگونه هستند ولیکن یک نوع نیتروزآمین NN1A در سیگارهای با قطران کم به طور معنی‌داری بالاتر می‌باشد. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد بهداشتی بودن سیگارهای کم قطران یک دروغ تبلیغاتی است که صنایع دخانیاتی برای تغییر اذهان افراد سیگاری و به منظور فروش بیشتر می‌سازند و این باور غلط نه تنها مقدار کمتری از مواد سمی را به بدن نمی‌رساند بلکه در نوعی مواد سرطان‌زا می‌تواند خطرناک‌تر باشد.



رانندگی برای آزمایش‌های بالینی لازم مراجعه می‌کنند. در سه ماه اول سال ۲۰۰۸ به عنوان جمعیت مطالعه در نظر گرفته می‌شوند. به غیر از اطلاعات دموگرافیک نوع سیگار معرفی آنان با مشاهده پاکت سیگارشان ثبت می‌گردد. نویسندگان در قسمت روش کار توضیح داده است که زنان بدلیل اینکه در چین خیلی کم سیگار می‌کشند از مطالعه خارج شده‌اند و مردان بین ۱۸ تا ۶۵ سال بدون داشتن سابقه بیماری بر اساس پرونده موجود با مصرف سیگار بیش از ۵ نخ روزانه از نوع سیگار فعلی حداقل به مدت ۳ ماه قبل انتخاب می‌گردند. جالب است که این روش توسط کمیته تحقیقات انسانی دانشگاه سانفرانسیسکو کالیفرنیا تأیید شده است و نمونه‌های ادراری جهت بررسی متابولیت‌ها به صورت منجمد به بیمارستان عمومی سان فرانسیسکو فرستاده شده است تا در مرکز سرطان جامع (هلن دی لر) مورد ارزیابی قرار گیرند. جدول ۱ نشان می‌دهد که تفاوتی در اطلاعات دموگرافیک افراد سیگاری بر حسب نوع قطران سیگارشان وجود ندارد و فقط تعداد سیگار مصرفی روزانه در افرادی که از نوع کم قطران استفاده می‌کنند به صورت معنی‌داری کمتر می‌باشد. هیچ تفاوتی در متابولیت‌های نیکوتین بر حسب مقدار قطران سیگار دیده نمی‌شود. این مهم درباره مواد سرطان‌زا شامل انواع نیتروزآمین‌ها نیز صادق است و قابل توجه اینکه در مورد یک ماده سرطان‌زا NN1A این مقدار در نوع کم قطران بالاتر می‌باشد.

نکات جالبی نیز در نظرسنجی انجام شده وجود دارد که از ۲۵۳ نفری که سیگار کم قطران مصرف می‌کنند ۲۷۶ نفر حدود ۵ سال است که سیگار معمولی خود را به این نوع تغییر داده‌اند و ۵۰٪ آنان علت این امر را (طعم بهتر) ذکر کرده‌اند و علت بعدی در ۲۱٪ هزینه بوده است. در اینجا نویسندگان ذکر می‌کنند که تناقضی در این باره وجود دارد و آن این است که سیگارهای با قطران کم گران‌تر می‌باشند و در این گروه ۵٪ علت را داشتن پول کافی و ۱۶٪ علت را بهتر بودن برای تعارف به دیگران (که یک باور عمومی شایع در چین است) می‌دانند. سومین علت در ۱۵٪ این افراد داشتن مواد سمی کمتر می‌باشد.

در (شکل ۳) به طور مشخص مقدار متابولیت‌های



Figure 1 Average machine-measured tar content of cigarettes in the Chinese market has declined over 25 years (adapted from Lei *et al*¹²).

Table 1 Metabolites of nicotine and carcinogen levels by nominal tar ratings

Nominal tar rating (per cigarette)*	15 mg	13 mg	12 mg	10 mg	8 mg	t ₂	P Value†
Demographics							
Sample size	175	43	74	51	165		
Age in years, mean (SD)	44.5 (8.9)	46.9 (8.1)	42.2 (8.1)	43.3 (10.5)	43.3 (9.5)	0.075	0.089
Education, N (%)						-0.063	0.154
Junior high school and below	52 (30%)	26 (60%)	19 (26%)	19 (37%)	42 (25%)		
Secondary technical school	83 (53%)	13 (30%)	37 (50%)	27 (53%)	86 (52%)		
Junior college	21 (12%)	4 (9%)	11 (15%)	4 (8%)	27 (16%)		
College and above	9 (5%)	0 (0%)	7 (9%)	1 (2%)	10 (6%)		
Employment status, N (%)						0.022	0.817
Employed	164 (94%)	38 (88%)	69 (93%)	45 (88%)	152 (92%)		
Unemployed	11 (6%)	5 (12%)	5 (7%)	6 (12%)	13 (8%)		
Monthly income, N (%)						0.029	0.372
<500 yuan	7 (4%)	5 (12%)	4 (5%)	5 (10%)	8 (5%)		
500-999 yuan	1 (1%)	3 (7%)	0 (0%)	1 (2%)	6 (4%)		
1000-1999 yuan	30 (17%)	18 (42%)	9 (12%)	5 (10%)	32 (19%)		
2000-4999 yuan	107 (61%)	18 (42%)	47 (64%)	32 (63%)	100 (61%)		
≥5000 yuan	30 (17%)	1 (2%)	14 (19%)	8 (16%)	19 (12%)		
Change in daily consumption after switching from regular cigarettes (15 mg) to cigarettes with lower disclosed tar ratings						-0.252	0.398
Decreased daily consumption		11%	14%	14%	13%		
No change in daily consumption		58%	64%	57%	52%		
Increased daily consumption		32%	21%	29%	34%		
Cigarettes/day‡	20 (10-20)	18 (10-20)	11 (10-20)	20 (10-20)	15 (10-20)	0.152	0.001
Nicotine metabolites*							
Cotinine (µg/mg creatinine)	16.1 (8.9-27.0)	14.4 (7.2-32.7)	12.8 (7.1-20.4)	14.9 (7.6-28.0)	15.1 (8.2-25.4)	0.012	0.854
Cotinine/cigarette (µg/mg creatinine)	0.84 (0.56-1.30)	0.83 (0.56-2.12)	0.81 (0.60-1.60)	0.71 (0.42-1.70)	1.00 (0.56-1.85)	-0.060	0.123
Trans-3'-hydroxycotinine (µg/mg creatinine)	33.3 (16.4-63.4)	37.2 (19.3-74.4)	25.8 (10.9-48.0)	31.9 (19.2-64.9)	38.0 (16.9-62.6)	0.001	0.974
Trans-3'-hydroxycotinine/cigarette (µg/mg creatinine)	2.62 (0.92-3.38)	1.99 (1.00-4.51)	2.04 (0.78-4.34)	2.02 (1.06-3.51)	2.39 (1.26-4.11)	-0.071	0.109
Carcinogens*							
Sample size	60	14	28	18	36		
Total PAHs (pmol/mg creatinine)	153 (95-195)	159 (113-206)	142 (94-177)	152 (103-224)	121 (80-166)	0.125	0.099
Total PAHs/cigarette (pmol/mg creatinine)	8.46 (5.31-13.22)	8.33 (6.99-16.08)	8.66 (6.99-14.30)	10.4 (5.36-16.42)	6.72 (4.40-10.88)	0.109	0.149
NNAL (pmol/mg creatinine)	0.22 (0.16-0.37)	0.35 (0.22-0.41)	0.28 (0.20-0.36)	0.33 (0.22-0.45)	0.282 (0.190-0.478)	-0.148	0.050
NNAL/cigarette (pmol/mg creatinine)	0.0160 (0.00918-0.0220)	0.0217 (0.0118-0.0402)	0.0212 (0.0121-0.0406)	0.0198 (0.0146-0.0352)	0.0200 (0.0111-0.0324)	-0.146	0.053



فرامرزی از جمله تجارت آزاد و سرمایه‌گذاری خارجی مستقیم رو به افزایش است. عوامل دیگری همچون بازاریابی جهانی، تهیه تبلیغات دخانی چندملیتی، تبلیغات و حمایت‌های مالی و جنبش بین‌المللی قاچاق سیگار نیز در این روند رو به رشد مؤثر بوده‌اند. معاهده جهانی کنترل دخانیات نقطه عطفی در ارتقاء بهداشت عمومی می‌باشد که ابعاد قانونی جدیدی در جهت همکاری‌های بهداشتی بین‌المللی به ارمغان می‌آورد.

سال ۱۹۹۶- شورای سازمان بهداشت جهانی وضع معاهده‌ای درخصوص کنترل دخانیات را مطرح کرد. سال ۱۹۹۹- توسط این شورا اعضای قانونگذار بین دولتی و یک گروه فنی برگزیده شد.

سال ۲۰۰۰- شورای سازمان بهداشت جهانی راه را برای شروع مذاکرات درخصوص چارچوب معاهده هموار ساخت. سال ۲۰۰۳-۲۰۰۰- پیش‌نویس رسمی و قوانین لازم از سوی اعضای قانونگذار بین دولتی ارائه گردید. ۲۱ ماه می ۲۰۰۳- وضع معاهده جهانی کنترل دخانیات توسط شورای سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت. ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳- معاهده برای به امضا رسیدن آماده گردید. ۲۹ نوامبر ۲۰۰۴- ۴۰ کشور آن را به تصویب رساندند (با شرط اجرا کردن آن).

۲۷ فوریه ۲۰۰۵- معاهده اجرا گردید. ۳ نوامبر ۲۰۰۵- ۱۰۰ کشور عضو این معاهده شدند. سال ۲۰۰۶- مجمع اعضای معاهده و دبیرخانه معاهده تأسیس شد. ۱ ژانویه ۲۰۱۰- ۱۶۸ کشور عضو این معاهده شدند.

مجمع اعضای معاهده:

نشست اول: ۷-۶ فوریه ۲۰۰۶، ژنو، سوئیس
نشست دوم: ۳۰ ژوئن - ۶ ژوئیه ۲۰۰۷، بانکوک، تایلند
نشست سوم: ۲۲-۱۷ نوامبر ۲۰۰۸، دوربان، آفریقای جنوبی
نشست چهارم: ۲۰-۱۵ نوامبر ۲۰۱۰، پونتادل استه، اوروگوئه
جلسات آتی مجمع اعضا هر دو سال یک بار برگزار خواهد شد.

معاهده جهانی کنترل دخانیات چیست؟
معاهده جهانی کنترل دخانیات اولین معاهده‌ای است که تحت حمایت سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است. این معاهده توسط شورای سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۲۱ ماه می ۲۰۰۳ اتخاذ گردید و در ۲۷ فوریه ۲۰۰۵ به اجرا درآمد. از آن زمان تاکنون این معاهده به یکی از پر عضوترین معاهدات سازمان ملل متحد تبدیل شد، به طوری که تا ابتدای سال ۲۰۱۰ صد و شصت و هشت کشور عضو این معاهده گردیدند.

مهمترین مفاد این معاهده شامل موارد ذیل می‌باشد:

• کاهش تقاضا برای دخانیات (ماده ۱۴-۱۶)
که شامل موارد زیر می‌باشد: قوانین قیمت‌گذاری و مالیات؛ محافظت در برابر استنشاق دود دخانیات موجود در محیط با نظارت بر مواد تشکیل‌دهنده محصولات دخانی و افشای آنها؛ بسته‌بندی و درج هشدارهای بهداشتی؛ آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی؛ آگهی‌ها، تبلیغات و حمایت‌های مالی از محصولات دخانی و اقدامات لازم در زمینه ترک دخانیات.

• کاهش عرضه دخانیات (ماده ۱۷-۱۵)
که شامل موارد زیر می‌باشد: تجارت غیرقانونی محصولات دخانی؛ فروش به افراد زیر سن قانونی و فروش توسط آنها و قوانینی برای حمایت از فعالیت‌های اقتصادی موفق دیگر.

این معاهده همچنین شامل بخش‌های مهم دیگری می‌باشد که عبارتند از: تعهدات؛ حمایت از قوانین محافظت از بهداشت عمومی در برابر دود دخانیات؛ محافظت از محیط زیست؛ نظام هماهنگ‌کننده ملی؛ همکاری بین‌المللی؛ گزارش و تبادل اطلاعات؛ و برنامه‌ریزی‌های مؤسسه‌ای (ماده ۵-۲۶، ۱۸).

معاهده جهانی کنترل دخانیات به دلیل رفع شیوع جهانی استعمال دخانیات گسترش یافت. دیده می‌شود استعمال دخانیات به دلیل عوامل پیچیده

اعضای معاهده:

مجمع اعضای معاهده جهانی کنترل دخانیات، مجمع اعضای معاهده قانونگذاران این معاهده بوده که شامل همه اعضای هم‌پیمان این معاهده می‌باشد. این مجمع بر اجرای معاهده و تصمیم‌گیری‌های ضروری در جهت اجرای بهینه آن نظارت دارد. همچنین پروتکل‌های الحاقی و اصلاحات این معاهده را تنظیم می‌نماید. جلسات رسمی این مجمع هر دو سال یک بار برگزار می‌شود. در هر نشست این اعضا یک رئیس و ۵ نایب رئیس برای جلسه انتخاب می‌کنند. هر یک از این افراد نماینده یک منطقه سازمان بهداشت جهانی بوده که شامل دفتر اصلی مجمع اعضا نیز می‌باشد.

دبیرخانه معاهده جهانی کنترل دخانیات:

دبیرخانه معاهده امور مربوط به اعضای معاهده و اعضای فرعی آن را انجام می‌دهد. این دبیرخانه اعضا را در جهت انجام ملزوماتشان حمایت کرده و تصمیمات مجمع اعضا را به برنامه‌های مختلف ترجمه می‌کند. لازم به ذکر است که دبیرخانه معاهده در محدوده وظایفش با بخش‌های مرتبط سازمان بهداشت جهانی و سایر سازمان‌های بین‌المللی نیز همکاری می‌کند.

ابزار اجرای معاهده:

پروتکل‌ها:

مجمع اعضای معاهده جهانی کنترل دخانیات می‌تواند پروتکل‌های معاهده را وضع نماید. فقط اعضای معاهده می‌تواند اعضای پروتکل باشند. مجمع اعضا در سال ۲۰۰۷ یک گروه قانونگذار بین دولتی تأسیس نمود که تهیه پیش‌نویس معاهده و مذاکره در خصوص اولین پروتکل ویژه تجارت غیرقانونی محصولات دخانی را به عهده گیرد. هیأت قانونگذار بین دولتی ملزم است برای چهارمین نشست اعضا (نوامبر ۲۰۱۰) پیش‌نویسی از پروتکل تهیه نماید.

دستورالعمل‌ها:

دستورالعمل‌های این معاهده توسط مجمع اعضا جهت کمک به اجرا و تعهداتشان اتخاذ می‌گردد.

Parties to the Convention as of 1st January 2010

*[with the year of ratification, acceptance, approval,
formal confirmation or accession]*

Albania - 2006	Georgia - 2006	Oman - 2005
Algeria - 2006	Germany - 2004	Pakistan - 2004
Angola - 2007	Ghana - 2004	Palau - 2004
Antigua and Barbuda - 2006	Greece - 2006	Panama - 2004
Armenia - 2004	Grenada - 2007	Papua New Guinea - 2004
Australia - 2004	Guatemala - 2005	Paraguay - 2006
Austria - 2005	Guinea - 2007	Peru - 2004
Azerbaijan - 2005	Guinea-Bissau - 2008	Philippines - 2005
Bahrain - 2009	Guyana - 2005	Poland - 2006
Bahamas - 2007	Honduras - 2005	Portugal - 2005
Bangladesh - 2004	Hungary - 2004	Qatar - 2004
Barbados - 2005	Iceland - 2004	Republic of Korea - 2005
Belarus - 2005	India - 2004	Republic of Moldova - 2009
Belgium - 2005	Iran (Islamic Republic of) - 2005	Romania - 2006
Belize - 2005	Iraq - 2006	Russian Federation - 2008
Benin - 2005	Ireland - 2005	Rwanda - 2005
Bhutan - 2004	Israel - 2005	Saint Lucia - 2005
Bolivia (Plurinational State of) - 2005	Italy - 2008	Samoa - 2005
Bosnia and Herzegovina - 2009	Jamaica - 2005	San Marino - 2004
Botswana - 2005	Japan - 2004	Sao Tome and Principe - 2004
Brazil - 2005	Jordan - 2004	Saudi Arabia - 2005
Brunei Darussalam - 2004	Kazakhstan - 2007	Senegal - 2005
Bulgaria - 2005	Kenya - 2004	Serbia - 2006
Burkina Faso - 2006	Kiribati - 2005	Seychelles - 2003
Burundi - 2005	Kuwait - 2004	Sierra Leone - 2009
Cambodia - 2005	Kyrgyzstan - 2006	Singapore - 2004
Cameroon - 2006	Laos (People's Democratic Republic) - 2006	Slovakia - 2004
Canada - 2004	Latvia - 2005	Slovenia - 2005
Cape Verde - 2005	Lebanon - 2005	Solomon Islands - 2004
Central African Republic - 2005	Lesotho - 2005	South Africa - 2005
Chad - 2006	Liberia - 2009	Spain - 2005
Chile - 2005	Libyan Arab Jamahiriya - 2005	Sri Lanka - 2003
China - 2005	Lithuania - 2004	Sudan - 2005
Colombia - 2008	Luxembourg - 2005	Suriname - 2008
Comoros - 2004	Madagascar - 2004	Swaziland - 2006
Congo - 2007	Malaysia - 2005	Sweden - 2005
Cook Islands - 2004	Maldives - 2004	Syrian Arab Republic - 2004
Cuba - 2008	Mali - 2005	Thailand - 2004
Croatia - 2008	Malta - 2003	The former Yugoslav Republic of Macedonia - 2006
Cyprus - 2005	Marshall Islands - 2004	Timor-Leste - 2004
Democratic People's Republic of Korea - 2005	Mauritania - 2005	Togo - 2005
Democratic Republic of Congo - 2005	Mauritius - 2004	Tonga - 2005
Denmark - 2004	Mexico - 2004	Tuvalu and Niue - 2004
Djibouti - 2005	Micronesia (Federated States of) - 2005	Turkey - 2004
Dominica - 2006	Mongolia - 2004	Tuvalu - 2005
Ecuador - 2006	Montenegro - 2006	Uganda - 2007
Egypt - 2005	Myanmar - 2004	Ukraine - 2006
Equatorial Guinea - 2005	Namibia - 2005	United Arab Emirates - 2005
Eritrea - 2005	Nauru - 2004	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland - 2004
European Union - 2005	Nepal - 2006	United Republic of Tanzania - 2007
Fiji - 2003	Netherlands - 2005	Uruguay - 2004
Finland - 2005	New Zealand - 2004	Vanuatu - 2005
France - 2004	Nicaragua - 2008	Venezuela (Bolivarian Republic of) - 2006
Gabon - 2009	Niger - 2005	Viet Nam - 2004
Gambia - 2007	Nigeria - 2005	Yemen - 2007
	Niue - 2005	Zambia - 2008
	Norway - 2003	

- اعضای اصلی معاهده، کنفرانس اعضای معاهده و دبیرخانه دائمی معاهده تشکیل شد و به خوبی ایفای نقش می‌کنند.

- چندین ابزار اجرایی کلیدی مانند اولین پروتکل و چند دستورالعمل شامل بیش از ۱۰ ماده معاهده وضع گردیده یا در مراحل پایانی توسعه می‌باشند.

- سیستم گزارش کار معاهده راه‌اندازی شده که تاکنون بیش از ۸۰٪ از گزارش‌های اعضای معاهده دریافت و بررسی گردیده است.

- کمک به اعضا برای انجام وظایفشان به مرور از طریق موارد زیر صورت گرفته است: ابزار و مکانیزم‌های مختلف از جمله توزیع دستورالعمل‌ها، کمک‌های فنی و قانونی، بررسی و ارزیابی نیازها، تسهیل انتقال تخصص و فن‌آوری و افزایش دسترسی به منابع بین‌المللی دیگر نیز آنرا به رسمیت شناخته که به عنوان ناظر عینی در نشست‌های اعضای معاهده شرکت کرده‌اند. این امر همکاری بین‌المللی وسیع‌تری را نیز فراهم آورده است.

دستورالعمل‌ها توسط گروه‌های بین دولتی گسترش می‌یابند. دستورالعمل‌ها تا اوایل سال ۲۰۱۰ برای مواد ۵/۳، ۸، ۱۱ و ۱۳ معاهده اتخاذ گردید. پیش‌نویس دستورالعمل چندین مواد دیگر معاهده نیز در چهارمین نشست اعضای معاهده آماده می‌شود.

گزارش در تبادل اطلاعات:

هر کشور عضو باید از طریق دبیرخانه معاهده جهانی کنترل دخانیات برای حضور در نشست اعضای معاهده ثبت‌نام کرده و گزارش‌های دوره‌ای خود در خصوص اجرای معاهده را ارسال نماید. هر کشور مستلزم است اولین گزارش را دو سال پس از اجرای معاهده در آن کشور ارسال نماید و پس از آن نیز این گزارش‌ها را هر سه سال یک بار تهیه نماید. براساس این گزارش‌ها دبیرخانه معاهده خلاصه گزارش‌های جهانی در زمینه اجرای این معاهده را برای ارائه در اجلاس اعضای معاهده آماده می‌سازد.



همکاری فنی و قانونی:

کشورهای عضو معاهده به طور مستقیم یا از طریق اعضای بین‌المللی ذی‌صلاح همکاری خود را جهت انجام وظیفه به نحو احسن ابراز می‌دارند. این همکاری‌ها باید در جهت بهبود انتقال تخصص فنی، علمی و قانونی و همچنین فن‌آوری به منظور وضع و تقویت قوانین و برنامه‌های ملی صورت گیرد.

پیشرفت کار از زمان اجرای معاهده:

- معاهده جهانی کنترل دخانیات از زمان اجرایش یعنی از ماه فوریه ۲۰۰۵ تاکنون پیشرفت چشمگیری داشته است.





هشدار بهداشتی مصور بر پاکت‌های سیگار، افزایش مالیات اخذ شده بر سیگار و گسترش مراکز خدمات ترک سیگار را نام برد ولیکن به نظر می‌رسد این اواخر شتاب و تمرکز لازم در ادامه آنها وجود ندارد. امید است اجلاس عمومی چهارم معاهده در اروگوئه انرژی مثبت و شور و شوق مناسب برای هر چه عملی‌تر کردن برنامه‌های کنترل دخانیات در کشور را بوجود آورد و روند فعالیت‌های مربوط به آن مناسب‌تر گردد و نیز مسئولین اجرایی در بدنه وزارت متبوع یا پیگیری تشکیل جلسات ستاد کشوری کنترل دخانیات موجبات ادامه اجرای مصوبات را فراهم آوردند تا زمینه برای حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم از طریق کاهش موارد مصرف دخانیات بوجود آید.

www.who.int/fctc

بر اساس این معاهده که اولین معاهده بهداشتی زیر نظر سازمان بهداشت جهانی است مقرر است که هر دو سال یک بار اعضا گرد هم آیند و درباره برنامه‌های اجرایی، دستورالعمل‌ها و شرایط هر کشور توضیح داده و با بحث و گفتگو به هماهنگی برسند. هدف این معاهده تلاش برای ارتقا سطح سلامت مردم از طریق کاهش موارد مصرف دخانیات می‌باشد و در چند بخش اصلی شامل اعمال محدودیت‌ها در توزیع و مصرف، مبارزه با قاچاق سیگار، اجرای برنامه‌های درمانی ترک، پیشگیری از شروع مصرف آن، اعمال جرائم بر متخلفین و غیره راهکارهایی پیشنهاد می‌کند تا هر کشور بر اساس قوانین داخلی به اجرای آن همت گمارد.

کشور ایران که در طول سال‌های بحث و تدوین معاهده و نیز جلسات عمومی اعضا حضور مؤثر و مفید داشته و تا چندی قبل به عنوان هماهنگ کننده و رئیس جلسات منطقه مدیترانه شرقی فعالیت می‌کرده است با الهام گرفتن از این معاهده برنامه‌های مهمی را در کشور شروع کرده که می‌توان از تصویب قانون جامع کنترل دخانیات، الصاق

ما توانستیم، شما هم می‌توانید



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

در این شماره یادداشتی از نظرات مراجعان کلینیک ترک سیگار پیروزی را می‌بینید. علی اصغر نوازنده هنگامی که در پایان دوره موفق به ترک سیگار گردید از روندی که طی نمود ابراز خرسندی کرد و محسن حسینی نیز قبل از اقدام به ترک سیگار دلایل شخصی‌اش را برای ترک سیگار مکتوب کرد تا با مراجعه به آنها انگیزه‌اش را حفظ کند.

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

از سال ۷۷ تاکنون در حدود ۵۵۰۰ نفر در این کلینیک ثبت‌نام کردند که از این تعداد حدود ۴۰۰۰ نفر دوره‌های ترک را آغاز نمودند. خدمات ارائه شده در تمام این سالها رایگان بوده است. میانگین میزان موفقیت در دوره (کسانی که دوره را کامل به پایان رساندند) طی این سالها ۸۵٪ بوده و ۱۵ درصدشان کاهش مصرف داشتند. میانگین موفقیت در کل ۶۵٪ برآورد شده است.

میزان موفقیت یک ساله در این کلینیک ۳۶ تا ۴۰ درصد می‌باشد که در مقایسه با آمار بسیاری از کلینیکها در سراسر جهان قابل قبول می‌باشد.

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

سازد دل طلب جام بسیم از ما میگرد
آنچه خود داشت ز گنجانه تن ما میگرد

با استغاثت از درگاه حضرت احدیت در برکت ماه مبارک رمضان سال ۱۴۲۹
و با عنایت خانم دکتر لادن پور انزلی که بواسطه عنایت مریض شدم آنچیز که سالها
در جستجوی آن بودم بسیم الهم - اثر بویا عدد ۲۵ سال قبل مریض بودم به قسم بزرگ
ماه منی گزینم که واقعا جسم - روح - و نخیبت اینها را تحت اشباع
قرارداد کرده - و من که خود را با فرد عالم می بینم احساس - سرشور و خوف -
بیرون - ناطق آسمی بر شدت احکام آئینده - و بهترین مطلب آنکه همیشه

با دایم و امید و بر جی گزینم دایم

عاشق الله عزوجل
۸۷۱/۶۱

محمد شکر

کتابخانه
کتابخانه

- ۱- با طریقت احکام من در تقسیم دایم تر شد
 - ۲- چون کاتبی ایبار گزینم در هر زمانه که خوشایند بگردد
 - ۳- در هر ایامی خوب بود
 - ۴- گزینم در هر ایامی از هر گزینم که هر چه بگذرد بدت خودی از طلب ایبار گزینم
 - ۵- هر چه در هر ایامی گزینم که در هر ایامی گزینم و در هر ایامی گزینم
 - ۶- هر چه در هر ایامی گزینم که در هر ایامی گزینم
 - ۷- انصاف و در شمع بویا در هر ایامی
 - ۸- نصف شب بیدار گزینم و در هر ایامی گزینم
 - ۹- با دایم در تقسیم دایم
 - ۱۰- با دایم در هر ایامی گزینم که در هر ایامی گزینم
 - ۱۱- انصاف و در شمع بویا در هر ایامی
- هر وقت که در هر ایامی گزینم
۱- گزینم از هر ایامی گزینم
۲- گزینم از هر ایامی گزینم
۳- گزینم از هر ایامی گزینم
۴- گزینم از هر ایامی گزینم

تقویت این مبارزه را فراهم سازند. همچنین این مرکز بر حسب تجربیات بدست آمده آماده ارائه آموزشهای مربوطه درباره اجرای این قانون و چگونگی برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف عاری بودن محیط از دخانیات می‌باشد.

تا کنون اسامی ذیل در این حرکت پیشرو بوده‌اند:

- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
- بیمارستان کسری
- منطقه پارس جنوبی
- شهرداری تهران
- فروشگاه‌های زنجیره‌ای شهروند

جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما بپیوندید

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



برگزاری جلسه شورای پژوهشی

درخصوص برنامه آموزش و درمان ترک سیگار در منطقه پارس جنوبی توضیحاتی داده شد و مقرر گردید پروژه تکمیل شده در جلسات آتی ارائه گردد.

۹- عنوان طرح بررسی فراوانی صحنه‌های مصرف دخانیات در فیلم‌های سینمایی ایرانی و تأثیر آن در مخاطب عام بویژه نوجوانان مطرح و مورد موافقت قرار گرفت که اهمیت این طرح در ادامه آمده است.

فیلم‌ها همواره وسیله مناسبی برای تبلیغ محصولات تولیدکنندگان دخانیات بوده‌اند. هنگامی که یک ستاره سینما در یک فیلم مطرح روز سیگار می‌کشد، یک حس قوی و محوشدنی به سیگارکشیدن می‌افزاید. سالانه صدها میلیون فرد جوان در سراسر جهان این فیلم‌ها را تماشا می‌کنند. از آنجایی که تاکنون در کشور چنین مطالعه‌ای انجام نشده است در نظر است با اجرای این تحقیق زمینه برای جمع‌آوری اطلاعات اولیه از قبیل میزان وجود صحنه‌های مصرف دخانیات در فیلم‌های سینمایی و چگونگی القایی مصرف دخانیات در این فیلم‌ها مورد بررسی قرار گیرد تا زمینه‌ای فراهم گردد و دست اندرکاران حوزه سینمایی کشور از نتایج آن استفاده نمایند. بر اساس یافته‌های مطالعه قبلی مرکز تحقیقات کنترل دخانیات شیوع مصرف سیگار در اعضا خانه سینما بالاتر از نرمال جامعه گزارش شد و این در حالی بود که آگاهی و نگرش مثبتی به دخانیات در این قشر یافت نشد و از آنجایی که این افراد جامعه فیلم‌سازی کشور هستند بایستی در محصول تولید شده آنان (فیلم سینمایی) دقت نمود تا از چگونگی ترویج این رفتار در جامعه آگاهی بدست آید.

تجربه محققین در این باره نشان می‌دهد که مصرف سیگار در فیلم‌های سالیان اخیر روند فرایندهای داشته است که این امر ناشی از عدم دقت مسئولین مربوطه در جهت حذف این قبیل صحنه‌ها است و حتی مصرف سیگار در نقش منفی نیز به واسطه هم ذات پنداری بیننده جوان با آن شخصیت که عمدتاً از هنرپیشه‌های معروف و سطح بالای سینما نیز انتخاب می‌گردد می‌تواند در فرد تأثیر به‌سزایی داشته باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند برای مسئولین حوزه‌های سلامت و هنر سینما در اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات مفید واقع گردد.

در آخرین جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات اعضای مربوطه به بحث و تبادل نظر در زمینه فعالیت‌های انجام شده و آتی کنترل دخانیات پرداختند که به شرح ذیل می‌باشد.

۱- نامه دبیرخانه ستاد کشوری کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مبنی بر عضویت دکتر محمدرضا مسجدی در کمیته سیاست‌گذاری ستاد کشوری کنترل دخانیات مطرح گردید و مقرر شد به منظور رایزنی جهت عضویت در کمیته کشوری کنترل دخانیات به عنوان اعضای برون‌بخشی و یا عضویت در کمیته فنی ستاد کشوری کنترل دخانیات با دکتر مسجدی مذاکره شود.

۲- دکتر حیدری نامه شورای علمی پژوهشکده به مرکز تحقیقات کنترل دخانیات پیرو مصوبه مورخه ۸۹/۴/۳۱ مبنی بر برپایی جلسه با سایر مراکز همکاری کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی مطرح گردید و توضیحاتی در مورد پیگیری‌های انجام شده ارائه گردید و در نهایت با هماهنگی دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی مقرر شد این جلسه در کنفرانس جهانی دخانیات و سلامت ۲۰۱۲ برگزار گردد.

۳- مکاتبه تشکر از بازدید دانشگاه علوم پزشکی گیلان از مرکز تحقیقات به منظور راه‌اندازی مرکز تحقیقات اعتیاد و دخانیات مطرح شد.

۴- مقرر شد تا برای شرکت در جشنواره پژوهشی دانشگاه همکاران منتخب هیئت علمی و غیر هیئت علمی بر اساس امتیازدهی اول سال به جشنواره معرفی گردند.

۵- درخواست مرکز بهداشت شمیرانات در خصوص آموزش یکی از کارشناسان بهداشت روان این مرکز در کلینیک‌های ترک سیگار مطرح و مورد موافقت قرار گرفت.

۶- به پیشنهاد دکتر مسلم بهادری مقرر شد تا برای بررسی وضعیت مصرف دخانیات در کشور طرح‌های کاربردی بیشتری انجام گیرد.

۷- نتایج داوری پروپوزال طرح نظرسنجی از دست اندرکاران حوزه سلامت در مورد برنامه‌های کنترل دخانیات در کشور در سال ۱۳۸۹ مورد موافقت قرار گرفت.

۸- پیرو انعقاد تفاهم‌نامه‌ای بین مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات و منطقه پارس جنوبی

شهرداری پیشرو در امر مبارزه با دخانیات

با هدایت اداره کل سلامت و با مشورت فنی انجمن زندگی بدون دخانیات برنامه‌های عملیاتی، دستورالعمل، آیین‌نامه و بسته‌های آموزشی بخش مربوطه تهیه و طبق یک برنامه زمان‌بندی نسبت به اجرا اقدام شود:

- کارگروه پارک‌ها و اماکن عمومی شهرداری، با مسئولیت معاونت پشتیبانی شهرداری
- کارگروه حمل و نقل عمومی، با مسئولیت حوزه فرهنگی هنری
- کارگروه تحقیق و تدوین شاخص‌ها، با مسئولیت اداره کل سلامت

- کارگروه بازرسی و تهیه گزارش، با مسئولیت اداره کل سلامت

- کارگروه مستندسازی و کتاب مرجع کنترل دخانیات
۲- تشکیل جلسات کارگروه‌های مختلف به صورت مجزا در اداره کل سلامت و با حضور اعضا برگزار شد که اهم موارد مطرح شده و مصوبات در این جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

الف- بررسی چگونگی عرضه مواد دخانی در شهر تهران و راهکارهای اجرایی توسط صنوف مجاز به فروش مواد دخانی در سطح خرده‌فروش

ب- تعهد تهیه برنامه عملیاتی دارای زمان‌بندی توسط سازمان‌های عضو کارگروه در زمینه فرهنگ‌سازی، راهکارهای مداخله، نحوه بازرسی از دکه‌ها و سایر اماکن عرضه‌کنندگان و محیط‌های عمومی که سیگار مصرف می‌شود

ج- همکاری و حضور وزارت بهداشت در کلیه کارگروه‌ها به عنوان متولی ملی جهت هدایت برنامه و تدوین شاخص‌های مربوط به شهر بدون دخانیات جهت پایش عملکرد و موفقیت اجرای تهران شهر بدون دخانیات

د- تعیین تعدادی از پارک‌های تهران برای اجرای طرح پارک بدون دخانیات و انجام برنامه‌های آموزشی، تشویقی در این پارک‌ها

و- برنامه‌ریزی برای برگزاری کارگاه‌های آموزشی ویژه

ضمن قدردانی از حسن نظر اعضای محترم شورای شهر تهران در تصویب لایحه تهران شهر بدون دخانیات در اردیبهشت ۸۹ و پیگیری همکاران در شهرداری تهران خصوصا اداره کل سلامت در ذیل فعالیت‌های انجام شده عزیزان ارائه می‌گردد.

بعد از تصویب لایحه شهر بدون دخانیات، این اداره کل (دبیرخانه کمیته) به منظور تهیه و تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی لازم ضمن تشکیل کمیته شهر بدون دخانیات فعالیت‌هایی به شرح ذیل را به انجام رسانیده است:

۱- تشکیل دو جلسه کمیته شهر بدون دخانیات با حضور جناب آقای طلایی به عنوان رئیس کمیته، نمایندگانی از معاونت امور مناطق، معاونت مالی اداری، معاونت خدمات شهری، وزارت بهداشت، سازمان‌های مردم‌نهاد، سازمان زیبا سازی، سازمان فرهنگی هنری شهرداری، نیروی انتظامی تهران، سازمان پارک‌ها و فضای سبز، سازمان تاکسیرانی شهر، شورای اصناف کشور و ...

اهم مصوبات کمیته عبارتند از:

الف- تاکید بر همکاری تنگاتنگ وزارت بهداشت با شهرداری در اجرایی کردن الگوی تهران شهر بدون دخانیات، به نحوی که این مدل الگویی موفق برای سراسر کشور باشد.

ب- شناسایی و جلب همکاری سازمان‌هایی که می‌توانند در اجرای طرح موثر واقع شوند.

ج- درگیر نمودن ستاد شوراباری‌ها به منظور فرهنگ‌سازی و مشارکت جامعه محلی در برنامه‌های کنترل دخانیات و گنجاندن این موضوع به عنوان یکی از برنامه‌های سلامت محله

د- تشکیل کمیته زندگی بدون دخانیات با حضور اهالی علاقمند محله و مسئولیت شورابار محله و پیگیری سلامت‌یار در هر محله

ه- با توجه به مسئولیت بخش‌های مختلف شهرداری و سایر سازمان‌ها، کارگروه‌هایی به شرح ذیل تشکیل و

کارشناسان همه بخش‌های شهرداری (شرکت مترو، اتوبوسرانی و تاکسیرانی و ...)

با توجه به مصوبه دویست و هفتاد و دومین جلسه شورای شهر تهران موضوع قانون شهر تهران عاری از دخانیات و قوانین جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آیین‌نامه اجرایی آن، معاون مالی و اداری شهرداری تهران اعلام کرد کلیه فضاهای مسقف شهرداری تهران به عنوان فضای بدون دود اعلام گردید. وی خطاب به معاونین شهرداری تهران، شهرداران مناطق ۲۲ گانه، مدیران عامل سازمان‌ها و مدیران کل ادارات ابراز داشت نسبت به اجرایی نمودن موارد ذیل اقدام و نتیجه به صورت فصلی به این حوزه منعکس گردد.



اداره کل سلامت شهرداری تهران
General Health Office of
Tehran's Municipality



- ۱- نصب تابلوهای هشداردهنده ممنوعیت و معضلات مصرف دخانیات در تمامی ساختمان‌ها با هماهنگی اداره کل سلامت
- ۲- اطلاع‌رسانی به کلیه پرسنل مبنی بر ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن سرپوشیده شهرداری تهران
- ۳- برگزاری نشست‌های آموزشی و ترویجی برای پرسنل در راستای مضرات دخانیات و روش‌های کنترل و ترک آن با هماهنگی اداره کل سلامت
- ۴- اجرای برنامه‌های تشویقی برای افراد سیگاری که موفق به ترک گردیده‌اند
- ۵- تهیه گزارش سه ماهه از فعالیت‌های مربوط به این دستورالعمل و انعکاس به این حوزه لازم به ذکر است مسئولیت حسن اجرای این دستورالعمل به عهده بالاترین مقام مسئول منطقه، سازمان و اداره کل خواهد بود.

تبلیغ سیگار برقی (مفید یا مضر؟)

چند صباحی است که یکی دو روزنامه ورزشی صبح اقدام به چاپ تبلیغ سیگار برقی تحت عنوان (ترک سیگار الکترونیکی) کرده است. در این متن که در زاویه سمت راست یا چپ و بالا نیم صفحه اول روزنامه‌ها با اندازه بزرگ چاپ می‌شود چنین آمده است:

ترک سیگار الکترونیکی ELECTERO SMOKE

ترک سیگار الکترونیکی به طریقه کاهش مصرف سیگار بسیار راحت، کم هزینه و سریع این دستگاه با داشتن پمپ التراسونیک بخار هوا را تبدیل به دود می‌کند و سر آن مانند سیگار روشن می‌شود و با داشتن یک میکرو چیپ دود آن کنترل می‌شود و با هر پک سیگار مانند سیگار طبیعی عمل می‌کند. همراه فیلترهای نیکوتین درصد بالا به پایین، طول دوره یک ماه - ارسال به تمام نقاط ایران

این موضوع سال پیش با تبلیغ به صورت زیرنویس در حال حرکت در پخش برنامه‌های تلویزیونی یکی از کانال‌های ایرانی ماهواره‌ای شروع شد و اکنون به مرحله تبلیغ روزنامه‌ای رسیده است و شاید مقرر است در آینده به دیگر رسانه‌ها و تبلیغات میدانی و خیابانی نیز دست یابد.

در شماره ۱۱ مجله کنترل دخانیات به تفصیل درباره سیگار الکترونیکی بحث کرده‌ایم و تناقض‌های علمی موجود در مورد اثرات مطلوب و نیز زیان‌بار آن را آورده‌ایم و اینکه هنوز برای تصمیم‌گیری درباره کمک به ترک سیگار با استفاده از آن مطمئن نیستیم. این وسیله به علت اینکه می‌تواند سیگار کشیدن را موقتا به رفتاری جدید و جایگزین تغییر دهد و سپس بعد از مدتی دوباره عود مصرف آن را بوجود آورد مفید نخواهد بود و برای مشخص شدن اثرات دود (بخار) موجود در آن بایستی تحقیقات انجام شده کامل گردد. به‌طوری که در چند مطالعه ابتدایی مشخص است که در دود این وسیله علاوه بر نیکوتین، موادمسی مانند نیتروزامین وجود دارد و زود است که این

وسيله را کارا و مطمئن تبليغ نماينم.

همچنين بر اساس معاهده جهاني کنترل دخانيات که ايران نيز به آن پيوسته است در جلسات بحث و گفتگو دستورالعمل‌هاي آن مقرر مي‌شود که تبليغ اين وسيله و خريد و فروش آن ممنوع گردد، که اين مهم احتمالا در جلسه بعدي اعضاي معاهده در اوروگونه تصويب خواهد شد.

بدنيوسيله دستايندکاران حوزه سلامت بويژه عزيزان دفتر سلامت محيط و کار وزارت بهداشت و نيز ستاد كشوري کنترل دخانيات را مخاطب قرار داده و مي‌خواهيم با تبليغ اين وسيله و نيز فروشنديگان آن برخورد شود و همچنين مراتب به اعلان عمومي برسد.

عمومي ديوان عدالت اداري مورد بررسي قرار گرفت.

دبير اجرائي جمعيت مبارزه با استعمال دخانيات با هشدار نسبت به شيوع استفاده از قليان در خانواده‌ها، علت اين شيوع را ناشي از باور غلط خطر کمتر قليان از سيگار برشمرد و گفت: عرضه تنباكوهاي طعم دار، مصرف قليان را در ميان جوانان و نوجوانان دختر و پسر دو چندان کرده است.

دکتر محمدرضا معدني در گفت‌وگو با خبرنگار «بهداشت و درمان» خبرگزاري دانشجويان ايران ايسنا، با بيان اينکه از ديرباز (قرن ۱۶) تصور نادرست سالم و ايمن بودن قليان با پيشنهاد پزشکی به نام ابوالفتح ميني بر عبور دادن دود از محفظه آبي در اذهان مردم شکل گرفت، اظهار کرد: هرچند اين اظهار نظر انگيزه خوبي براي کاهش خطر تنباکو بود اما تاکنون هيچ دليل و شواهد علمي آن را تايب نکرده است.

وي با بيان اينکه يک يا دو بار استفاده از قليان در روز براي وابستگي و اعتياد فرد به آن کافي است، گفت: تصور غلط جامعه بر کاهش ميزان سمي بودن و سرطان‌زايي دود قليان پس از عبور از محفظه آبي است.

وي با اشاره به ايجاد جذابيت کاذب ناشي از افزودن اسانس‌هاي ميوه‌اي، عسل، شهد و برخي از گياهان معطر، گفت: هر وعده قليان با مصرف ۷۰ تا ۱۰۰ نخ سيگار برابري مي‌کند و در هر بار مصرف مقادير فراواني از دود (بيش از يک نخ سيگار) وارد ريه‌ها مي‌شود.

دکتر معدني با بيان اينکه با مصرف يک نخ سيگار حدود ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ سي‌سي دود توليد و استنشاق مي‌شود، افزود: اما در استفاده از قليان حدود ۱۰ تا ۲۰ ليتر (هر ليتر معادل ۱۰۰۰ سي‌سي) دود توليد و استنشاق مي‌شود. وي با بيان اينکه قليان علاوه بر دارا بودن ۴ هزار نوع ماده سرطاني حاوي گاز سمي CO هم هست، افزود: متاسفانه در جامعه عمومي ما به اين نوع از ماده سمي کمتر توجه مي‌شود.

دبير اجرائي جمعيت مبارزه با استعمال دخانيات با



بالاخره قليان‌ها جمع آوري مي‌شوند

ديوان عدالت اداري، جمع آوري قليان‌ها از قهوه‌خانه‌ها را قانوني اعلام کرد.

دبير اجرائي جمعيت مبارزه با استعمال دخانيات از قانوني شدن جمع آوري قليان‌ها از قهوه‌خانه و چايخانه‌هاي سنتي خير داد.

دکتر محمدرضا معدني در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان ايسنا، گفت: هيأت عمومي ديوان عدالت اداري آيين‌نامه اجرائي قانون جامع کنترل و مبارزه ملي با دخانيات را قانوني تشخيص داد و آن را باطل نکرد.

وي ادامه داد: در پي دادخواست اتحاديه صنف قهوه خانه‌داران و چايخانه‌هاي سنتي در استان تهران ميني بر تقاضاي ابطال آيين‌نامه اجرائي قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانيات و بحث جمع آوري قليان از قهوه خانه‌ها و چايخانه‌ها، اين مبحث در جلسه هيأت

اشاره به مصرف روزانه ۸ تا ۱۰ نخ سیگار و حدود ۴۰ تا ۷۰ پک در مدت ۵ تا ۷ دقیقه کشیدن سیگار، گفت: بر این اساس طی این مدت حدود ۵ تا ۶ لیتر دود بر اثر استعمال سیگار وارد ریه می‌شود.

دکتر معدنی افزود: این در حالی است که در پی استفاده از قلیان در طول مدت ۲۰ تا ۸۰ دقیقه حدود ۵۰ تا ۲۰۰ پک به قلیان زده می‌شود که در هر پک حدود یک لیتر دود وارد ریه‌ها می‌شود. وی میزان و عمق دم برای حرکت آب قلیان را بسیار مهم دانست و یادآور شد: حجم دود ورودی بر اثر استفاده از قلیان با وجود مصرف کمتر، ۱۰ تا ۲۰ برابر دود سیگار است.

مافیای قاچاق سیگار اختاپوسی عمل می‌کند

رئیس ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز با اشاره به وجود مافیای قاچاق و واردات سیگار، گفت: شناسایی و مستندسازی اقدامات مافیای قاچاق و واردات سیگار در حال نهایی شدن است.

سعید مرتضوی در حاشیه بازدید از خط تولید شرکت دخانیات در جمع خبرنگاران اظهار داشت: مافیای قاچاق سیگار به طور اختاپوسی عمل می‌کند و از مرزهای ورودی کشور تا آبشارها و عرضه سیگار، به صورت سازمان‌یافته و باندهای فعال است.

وی ادامه داد: برای شناسایی مافیای قاچاق سیگار با همکاری وزارت اطلاعات، نیروی انتظامی و شرکت دخانیات در حال بررسی هستیم تا افراد متخلف شناسایی شوند.

وی با بیان اینکه حجم عمده قاچاق سیگار توسط باندهای مافیایی به طور کلان و سازمان‌یافته صورت می‌گیرد، گفت: قاچاقچیان خرد سهم ناچیزی در این قضیه دارند و سهم کلان قاچاق به باندهای بزرگ مربوط می‌شود. رئیس ستاد مبارزه با قاچاق کالا افزود: سهم قاچاق سیگار از قاچاق کل کالاها در سال ۸۵ حدود ۴۳ درصد بود که این رقم در سال ۸۷ به ۷ درصد رسید. وی با بیان اینکه مسائل مختلفی باعث افزایش سهم قاچاق سیگار در سال ۸۸ و رسیدن این رقم به ۳۰ درصد بود، ادامه داد: این در حالی است که مصرف دخانیات در سال ۸۶ حدود ۵۶ میلیارد نخ و در

سال ۸۸ به ۶۲ میلیارد نخ رسید. وی با اشاره به تصویب قانون جامع کنترل دخانیات در سال ۸۵ گفت: مجلس در این قانون، این الزام را برای شرکت دخانیات و کارخانه‌هایی که به صورت مشارکتی در ایران سیگار تولید می‌کنند، ایجاد کرد که ۵۰ درصد حجم پاکت سیگار به تصاویر حامل پیام بیماری‌زا بودن سیگار اختصاص یابد.

وی توضیح داد: پس از این اتفاق، برخی از قاچاقچیان از قانون وضع شده سوء استفاده کردند و شایعه شد که سیگارهای حامل پیام هشداردهنده نسبت به سیگارهای فاقد این پیام، بیماری‌زا بوده و خطرناک هستند. وی تصریح کرد: به این ترتیب، شرکت‌های خارجی ترجیح دادند به جای تولید سیگار در کشور و عرضه آن در پاکت‌های دارای تصاویر هشداردهنده، نسبت به واردات محصول خود با قیمت پایین‌تر اقدام کنند.

به گفته مرتضوی نهایتاً قیمت سیگارهای قاچاق در بازار دو تا سه برابر قیمت سیگارهای دارای پیام‌های هشداردهنده شد.

وی با بیان اینکه صرفه اقتصادی حاصل از قاچاق سیگار باعث افزایش سهم قاچاق این محصول از ۷ به ۳۰ درصد طی سالهای اخیر شد، افزود: تعرفه واردات سیگار نیز افزایش پیدا کرد و این مسئله باعث شد تا تجار تمایلی به واردات رسمی سیگار نداشته باشند و در واقع تجارت قانونی سیگار در سالهای اخیر به حداقل ممکن رسید.

وی با اشاره به روند رو به رشد نیاز بازار داخل به سیگار طی سالهای اخیر اظهار داشت: با توجه به افزایش مصرف داخل، به منظور جلوگیری از قاچاق سیگار به کشور باید تولید این محصول در داخل افزایش می‌یافت که این اتفاق نیفتاد.

ممنوعیت چاپ تصاویر جدید هشدارهای بهداشتی پاکت‌های سیگار

در حالی که پنج سال از زمان ابلاغ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات می‌گذرد بررسی‌ها و گزارش‌ها نشان می‌دهد میزان مصرف مواد دخانی در نسل جوان افزایش یافته و سن مصرف نیز کاهش یافته است. استفاده از تصاویر هشداردهنده بر روی پاکت‌های

سیگار، یکی از مواد قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات است که اجرای آن تا کنون با دشواری‌های زیادی همراه بوده است.

دکتر کاظم ندافی، رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت با عنوان این که براساس آیین‌نامه قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، برچسب هشداردهنده روی جلد سیگارها هر ۶ ماه یکبار باید تغییر کند، قول داده بود که تصویر دوم از شهریور ۸۹ روی پاکت سیگارها چاپ شود اما آنچه مسلم است تا کنون این تصویر جدید روی پاکت‌های سیگار چاپ نشده است.

تصویر دوم که قرار بود استفاده شود، کودکی را نشان می‌دهد که بر اثر قرار گرفتن در معرض دود سیگار دچار مشکلات تنفسی شده و زیر دستگاه تنفس مصنوعی قرار دارد و تصویر سوم اعضای داخلی بدن افراد هنگام سالم بودن و پس از تخریب توسط دود سیگار را نشان می‌دهد. ندافی در پاسخ به علت تاخیر در استفاده از تصاویر جدید هشداردهنده بر روی پاکت سیگار گفت: این موضوع یک قانون است و باید اجرایی شود و ما هم پیگیر هستیم تا بدانیم علت تاخیر در استفاده از این تصاویر چه بوده است.

شرکت دخانیات معتقد است تصاویر هشداردهنده باعث شده مردم به سیگارهای فاقد برچسب روی بیاورند ولی مطالعات علمی وزارت بهداشت نشان می‌دهد ۱۰ درصد از خانم‌ها و ۲۰ درصد از آقایان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک سیگار انگیزه خود را توجه به این تصاویر هشداردهنده اعلام کرده‌اند. این در حالی است که دکتر محمدرضا معدنی، دبیر جمعیت مبارزه با دخانیات اظهارداشت: استفاده از این تصاویر برای افراد سیگاری نیست بلکه هشدار است برای جوانان تا به مواد دخانی آلوده نشوند.

وی با عنوان اینکه استفاده از این تصاویر هشداردهنده باعث می‌شود ۱۰ تا ۱۲ درصد مصرف سیگار در جوانان کاهش یابد افزود: در جلسه‌ای که اخیراً در ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز برگزار شد، تصمیم بر ادامه استفاده از تصویر کید روی پاکت سیگار بوده است.

تصاویر الصافی بر روی پاکت‌های سیگار نشان‌دهنده بیماری‌ها و مضرات ناشی از مصرف مواد دخانی و استنشاق دود آن بوده و به طور مستقیم از بیماران

میتلا به بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات در کشور تهیه شده است.

توافق ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز مبنی بر ممنوعیت استفاده از تصاویر جدید هشداردهنده بر روی پاکت‌های سیگار، به دنبال اعتراض شرکت دخانیات به افزایش سیگار قاچاق اتخاذ شده است زیرا شرکت دخانیات معتقد است که این تصاویر علاوه بر اینکه نامناسب است، باعث شده بازار سیگار قاچاق در کشور رونق بیشتری بگیرد.

تغییرات ایجاد شده ناشی از تنباکو در حفره دهان

دکتر نوشین جلایر نادری
استادیار آسیب‌شناسی فک و دهان- دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد
استفاده از تنباکو سبب بروز تغییرات متفاوتی در محیط دهان می‌شود. مهمترین تغییر ایجاد شده بروز سرطان است. به غیر از سرطان، مواد موجود در تنباکو قادرند مشکلات دیگری را در فرد ایجاد کنند. در این مقاله علایم دهانی تنباکو در حفره دهان به اجمال معرفی می‌گردند.

تغییر رنگ خارجی دندان

استفاده از تنباکو سبب بروز تغییر رنگ قهوه‌ای بر روی سطح دندان‌ها می‌شود. علت این تغییر رنگ حل شدن تنباکو در بزاق و نفوذ آن به درون شیارهای سطحی مینا است. سیگار سبب تغییر رنگ سطح زیبایی دندان‌های قدامی فک پایین و تنباکوی جویدنی سبب تغییر رنگ دندان‌های مجاور محل قرارگیری تنباکو می‌شود (۱).

بیماری‌های پریودنتال

تنباکو در مصرف‌کنندگان موجب بروز طیف وسیعی از بیماری‌های پریودنتال همانند ژنژیویت، ژنژیویت اولسراتیو نکروزان و پریودنتیت مزمن می‌شود (۱). مشاهدات نشان داده‌اند در افراد سیگاری عمق پاکت پریودنتال، از دست رفتن اتصال لثه، تخریب استخوان و از دست دادن دندان‌ها بیشتر است. این مشکلات با افزایش تعداد سیگارهای کشیده شده در روز افزایش می‌یابد (۲).

بیگمانتاسیون

آمین‌های پلی‌سیکلیک مانند نیکوتین محرک تولید ملاتین می‌باشند. بیگمانتاسیون معمولاً در لثه قدامی ایجاد می‌شود. در افرادی که پیپ می‌کشند لکه‌های بیگمانته در گوشه دهان و مخاط گونه ایجاد می‌شوند. شیوع بیگمانتاسیون در زنان بیشتر گزارش شده است. این امر نشان‌دهنده نقش اثر توأم استفاده از سیگار و تاثیر هورمون‌های جنسی زنان است. با ترک سیگار لکه‌های بیگمانته به مرور زمان برطرف می‌شوند. این زمان ممکن است سه سال به طول انجامد (۱).

لکوپلاکیا و اریتروپلاکیا

سازمان بهداشت جهانی لکوپلاکیا را پلاک سفیدی معرفی می‌کند که از نظر بالینی یا پاتولوژیک بیماری مشخصی محسوب نمی‌شود. استعمال دخانیات ارتباط نزدیکی با ایجاد لکوپلاکیا دارد. بیش از ۸۰ درصد از مبتلایان به لکوپلاکیا سیگاری هستند. لکوپلاکیا به اشکال بالینی مختلف دیده می‌شود و طیفی از پلاک سفید نازک و خفیف تا ضخیم یا برجستگی‌های سطحی دارد. در صورتیکه فرد سیگاری به عادت کشیدن سیگار ادامه دهد، ضایعه ضخیم‌تر و بزرگتر می‌شود (۱).

لکوپلاکیا ممکن است بدخیم شود. بر روی این ضایعات لکه‌های قرمز رنگ پدید می‌آید. این نقاط نشان‌دهنده آن است که اپی‌تلیوم توانایی تولید کراتین را از دست داده است. ضایعات سفید حاوی نقاط قرمز را اریتروپلاکیا می‌نامند. احتمال بروز بدخیمی در اریتروپلاکیا بیشتر است.

لکوپلاکیای ایجاد شده ناشی از سیگار در صورتیکه با تغییرات اولیه بدخیمی (دیسپلازی) همراه نباشد، سه ماه بعد از ترک سیگار کوچک شده یا به طور کامل برطرف می‌گردد (۱).

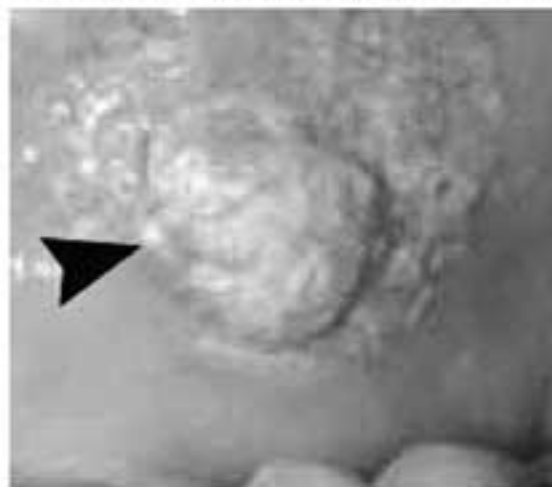
استوماتیت ناشی از نیکوتین

حرارت ناشی از سیگار و پیپ سبب بروز یک ضایعه کراتوتیک سفید بر روی کام می‌شود که استوماتیت ناشی از نیکوتین نامیده شده است. این بیماری غالباً در مردان مسن‌تر از ۴۵ سال دیده می‌شود. کام در این وضعیت سفید تا خاکستری است و نقاط قرمز رنگ کوچک بر روی آن مشهود است. نقاط قرمز

مداخل مجاری غدد بزاقی فرعی هستند که دچار تغییرات التهابی شده‌اند. با توقف کشیدن سیگار، ضایعه به تدریج در طول یک تا دو هفته بهبود می‌یابد (۱).

کلیتیس گلندورالیس

یک بیماری التهابی غدد بزاقی فرعی است. تنباکو از موارد اتیولوژیک آن معرفی شده است. در این بیماری معمولاً لب پایین درگیر می‌شود و در نمای بالینی با تورم و التهاب غدد بزاقی فرعی مشخص می‌گردد (۱).



استئیت آلونولار

در صورتیکه پس از کشیدن دندان در استخوان، لخته خونی و بافت گرانولاسیون تشکیل نگردد، ترمیم مناسب بافت صورت نپذیرفته و حالتی به نام استئیت آلونولار ایجاد می‌شود. در این حالت ۳ تا ۴ روز پس از کشیدن دندان بیمار به درد شدید، بوی بد دهان و لنفادنوپاتی مبتلا می‌شود و ممکن است این علایم ۱۰ تا ۴۰ روز به طول انجامد. عوامل اتیولوژیک مختلفی همانند تروما و عفونت در بروز این وضعیت شناخته شده‌اند. یکی دیگر از علل بروز این وضعیت استفاده از دخانیات است (۱).

منابع

- Neville BW, Damun DD, Allen CM, Bouquet 1-JE. Oral and maxillofacial pathology. 2th ed. Philadelphia, Saunders. 2002
Newman M G, Takei HH, Carranza FA. 2-Carranza clinical periodontology. 9th ed. Philadelphia, W.B. Saunders. 2002

اخبار بین الملل

اقدام صنف سیگار فروشان پاکستان علیه هشدارهای بهداشتی مصور

ترجیح می‌دهند سیگارهایی بخرند که هشدارهای بهداشتی غیر مصور داشته باشند و حتی دیده شده پس از خریداری پاکت سیگارهای مصور، قسمت هشدار بهداشتی مصور را پاره کرده و جدا می‌نمایند. این رفتار افراد سیگاری برای فروشندگان سیگار مشکل‌ساز شده است. چاپ این تصاویر به عهده فروشندگان سیگار نیست ولی دائما آنها باید به مشتریان پاسخگو باشند. هدف از بیان این جزئیات این است که با مشکلات فروشندگان خرده‌فروش آشنا شوید. در صورت امکان خواهشمندیم به جای این تصاویر، هشدارهای بهداشتی مصور دیگری درج نمایید که نشان‌دهنده مضرات دیگر مصرف دخانیات باشد و قید نمایید که وزارت بهداشت مسئول درج آنها می‌باشد و فروشندگان سیگار هیچ مسئولیتی در قبال درج این تصاویر به عهده ندارد. امیدواریم با رسیدگی به این موضوع از زیان‌های اقتصادی وارد بر این صنف جلوگیری نمایید.»

حرم هاشمی، هماهنگ‌کننده امور ملی اتحادیه کنترل دخانیات پاکستان

اتحادیه مرکزی صنف خرده‌فروشان سیگار و نوشیدنی‌های غیر الکلی در پاکستان اخیرا نامه‌ای به دبیرخانه وزارت بهداشت این کشور نوشته است حاکی از آن که چاپ هشدارهای بهداشتی مصور بر پاکت‌های سیگار باعث دردسر بزرگی برای فروشندگان این محصولات شده است؛ چرا که آنها باید به خریداران برای این تصاویر پاسخ‌گو باشند و بسیاری از مشتریان سیگاری به دنبال تهیه سیگارهایی هستند که فاقد این تصاویر باشند. اصل نسخه این نامه به زبان اردو در اینجا آمده است. در این نامه چنین آمده است: «اخیرا بر پاکت‌های سیگار هشدارهای بهداشتی مصوری درج شده است که نشان می‌دهند مصرف سیگار باعث سرطان دهان می‌شود. اما ۹۰٪ افراد سیگاری فکر می‌کنند که احتمال ابتلا به سرطان دهان ناشی از مصرف سیگار بسیار اندک است، در حالی که این احتمال بر اثر مصرف انواع دخانیات غیرتدخینی ممکن است بیشتر باشد. در حال حاضر افراد سیگاری از خرید سیگارهایی با داشتن این هشدارهای مصور مخالفت می‌کنند و



قیمت سیگار باز هم در مالزی گران می‌شود

از دوازدهم مهر سال جاری هر بسته ۲۰ تایی سیگار ۷۰ سین افزایش قیمت پیدا کرد.

به نقل از روزنامه استار در مالزی، بیشتر بسته‌های ۲۰ تایی سیگار به طور متوسط ۹/۳۰ رینگت در بازار فروخته می‌شد که از ۱۲ مهر این قیمت به ۱۰ رینگت افزایش یافت.

گفته می‌شود که افزایش قیمت سیگار ۷۰ سنی در مالزی بی‌سابقه بوده چرا که پیش از این هر بسته سیگار ۱۰ تا ۳۰ سن گران شده بود.

مسئولان پیش‌بینی می‌کنند این افزایش قیمت ۱۰٪ از مصرف سیگار در کشور بکاهد.

<http://www.irannmalezi.com/123NewsDetail.aspx?Newskl.20394>

مادران سیگاری سالانه باعث مرگ یک هزار کودک در آمریکا می‌شوند

مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا گزارش داد: سالانه در آمریکا یک هزار کودک به علت دود سیگار مادرانشان جان خود را از دست می‌دهند.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا منطقه مرکزی) طبق گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها در آمریکا، در طول سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ حدود ۲۰ درصد مردم آمریکا سیگار کشیده و ۴۰ درصد از مردم غیرسیگاری در معرض دود سیگار بوده‌اند.

همچنین ۹۰ میلیون نفر از افراد غیرسیگاری که در معرض دود سیگار قرار گرفته بودند مقدار قابل توجهی مواد سمی ناشی از دود سیگار در خون خود داشته‌اند. به گفته متخصصان، قوانین سخت‌گیرانه‌تر در اماکن عمومی، افزایش قیمت سیگار، پیام‌های بهداشتی و برنامه‌های دقیق کنترل بودجه‌های مربوط به دخانیات می‌تواند باعث کاهش مصرف دخانیات و در پی آن کاهش مرگ و میر شود.

ترفندهای جدید فیلیپ موریس در اروگوئه

بسیار تعجب‌برانگیز است که «کارلوس اسلیم» ثروتمندترین مرد جهان را که بخش عظیمی از ثروتش صرف امور بشردوستانه بهداشت و سلامت عمومی می‌شود در هیأت مدیره کمیته امور نظم بخشی شرکت دخانیاتی فیلیپ موریس بینیم. (نام وی را در سایت شرکت فیلیپ موریس و جزء اعضای هیأت مدیره می‌توان مشاهده کرد:

<http://www.pmi.com/eng/about-us/corporate-governance/pages/board-of-directors.aspx>

چنین تناقضی کاملاً باورنکردنی است. پروفیسور «سیمون چین» عضو جامعه جهانی کنترل دخانیات (GLOBALink) برای مبارزات ژورنالیستی در این زمینه از سایر اعضای جامعه جهانی کنترل دخانیات یاری می‌طلبد.

در پاسخ به اظهارات وی پروفیسور «لورا سالگادو» از سوی مجربان معاهده جهانی کنترل دخانیات در برنامه‌های آمریکای لاتین بیان می‌کند که صنایع دخانی در سالهای اخیر تهدید جدی به حساب می‌آید. شرکت دخانی فیلیپ موریس، مطرح‌ترین شرکت دخانی جهان اخیراً پرونده جدیدی علیه کشور اروگوئه باز کرده است، با این مضمون که درج هشدارهای بهداشتی روی پاکت‌های سیگار که در عین حال ۸۰٪ سطح این پاکت‌ها را می‌پوشاند باعث کاهش فروش محصولات این شرکت شده است. آنها ادعا می‌کنند که قوانین برچسب زدن و بسته‌بندی و افزایش مالیات اخیر باعث ضرر به سرمایه‌گذاری آنها شده و قوانین معاهده دوجانبه سوئیس-اروگوئه را نقض می‌کند.

فیلیپ موریس قصد دارد با مجاب کردن دولت اروگوئه خواسته خود را عملی سازد. برای جلوگیری از این اقدام فیلیپ موریس می‌توانید دادخواستی به Jose Mujica Cordano رئیس جمهوری شرقی اروگوئه بفرستید. جهت پرکردن این دادخواست می‌توانید به آدرس <http://www.globalink.org/petition/unig> مراجعه نمایید.

Laura Salgado
 Regional Coordinator, Americas Region-AMRO
slgadof@fctc.org

والدین سیگاری فرزند دختر خواهند داشت

دانشمندان با انجام یک پژوهش جدید نشان داده‌اند که والدینی که پیش و پس از مقطع حاملگی سیگار می‌کشند، به احتمال بیشتر صاحب فرزند دختر می‌شوند. نسبت تولد نوزادان پسر به دختر طی چند دهه اخیر به طرز چشمگیری کاهش یافته است و برخی از دانشمندان اشاره می‌کنند که ممکن است آلودگی محیط زیست عامل این مساله باشد.

ادعا می‌شود که عوامل سمی در محیط زیست می‌تواند سیستم تولیدمثل مردان را تحت تاثیر قرار دهد. آخرین مطالعه در این زمینه بر این مساله دلالت دارد که کشیدن سیگار یا می‌تواند به سلول‌های اسپرم مرد صدمه بزند یا شانس فرار گرفتن نطفه مذکر در رحم زن را از بین ببرد.

این مطالعه که در نشریه «لانسِت» چاپ شده است، تولد و جنسیت ۱۱۸۰۰ نوزاد در ژاپن و دانمارک را طی یک دوره هفت ماهه ثبت کرده است.

در این بررسی از مادرها درباره مصرف سیگار توسط خود آنها و همسرانشان در مقطع بارداری سوال شد. این مقطع از سه ماه پیش از آخرین مورد عادت ماهانه تا زمان تایید حاملگی را در بر می‌گرفت.

نسبت تولد نوزادان پسر به دختر برای سه گروه مختلف محاسبه شد.

گروه اول شامل مردان و زنانی بود که سیگار نمی‌کشیدند، گروه دوم والدینی که هر روز تا ۲۰ سیگار می‌کشیدند و گروه سوم آنهایی که روزی بیش از ۲۰ سیگار می‌کشیدند. این بررسی نشان داد که نسبت تولد نوزادان پسر به دختر، با افزایش مصرف سیگار توسط پدرها و مادرها کاهش یافت.

در مورد والدینی که هیچ کدام سیگار نمی‌کشیدند، نسبت پسرها به دخترها یک و بیست و یک صدم بود. با این حال این نسبت در مورد پدر و مادرهایی که هر کدام روزی بیش از ۲۰ سیگار می‌کشیدند به هشتاد و دو صدم پسر به یک دختر، کاهش یافت.

در میان والدینی که مادر سیگاری نبود اما پدر روزی بیش از ۲۰ سیگار می‌کشید، نسبت تولد فرزند پسر به دختر نود و هشت صدم درصد بود.

آسیب‌پذیری اسپرم‌ها:

دکتر «کلاوس یدینگ اندرسون» از بیمارستان دانشگاه «کپنهاگ» یکی از اعضای گروه تحقیق است. او گفت: «ما دریافته‌ایم که سلول اسپرم مردانه از مصرف سیگار آسیب می‌پذیرد. شاید هم کشیدن سیگار، روند کاشته شدن اسپرم مردانه در رحم زن را تحت تاثیر قرار می‌دهد.»

پروفسور «ان گرت بایسکوف» همکار دکتر اندرسون گفت: «فرضیه عملی ما این است که حساسیت آن دسته از سلول‌های اسپرم که کروموزوم Y را منتقل می‌کنند و مسؤول تولد نوزادان پسر هستند، در مقابله تغییرات نامطلوب ناشی از مصرف سیگار، بیش از سلول‌های اسپرم ناقل کروموزوم X است.»

«سلول‌های اسپرم Y که به این ترتیب دستخوش قرار گرفته باشند، ممکن است کمتر به باروری بینجامند یا جنین‌های ضعیف‌تر و غیرقابل دوام‌تری تولید کنند.» تحقیق‌های دیگر نشان داده است که خلبانان جت‌های نظامی نیز، بیشتر صاحب فرزند دختر می‌شوند. این موضوع همچنین در مورد غواصانی که هفته‌ای بیش از ۲۰ ساعت غواصی می‌کنند صادق است. با این حال، آمارها حاکی است که در سطح جهان تعداد تولد نوزادان پسر بیش از نوزادان دختر است، اما دخترها از نرخ بقای بالاتری برخوردارند.

www.the-lancet.com

دود سیگار و آشفته‌گی‌های روانی

یک پژوهش جدید حاکی از آن است که قرار گرفتن در معرض دود سیگار و استنشاق آن سبب بروز آشفته‌گی‌های روانی می‌شود.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان اسپانیا، محققان می‌گویند: افراد سالم و غیرسیگاری که در معرض دود سیگار دیگران قرار می‌گیرند یا خطر بروز پریشانی‌ها و آشفته‌گی‌های روانی و حتی نیاز به بستری شدن در بیمارستان به دلیل بروز این اختلالات مواجه هستند.

برای رسیدن به این نتایج، دکتر مارک هامر محقق کالج دانشگاهی لندن و دستیاران وی ۵ هزار و ۵۶۰ فرد بالغ و سالم غیرسیگاری و ۲ هزار و ۵۹۵ فرد سیگاری را که سابقه ابتلا به اختلالات روانی نداشتند و در پژوهش سلامت



می‌توان گفت که فیلم بی‌ارزشی است.

فیلم با ماجرای آزاد کردن عده‌ای گروگان توسط گروه کوماندویی در یک کشتی در سواحل سومالی شروع می‌گردد. گروه شامل ۵ نفر بارنی راس (با بازی سیلوستر استالونه) لی کریسمس (با بازی جیون استانهام که با فیلم ترانسپورتر معروف شد) وین یانگ (با بازی جت لی که در بسیاری از فیلم‌های کاراته‌ای چند سال آخر بازی خوبی داشته است) گائز جنسن (با بازی دولف لانگرن که نقش حریف روسی راکی را در فیلم راکی ۴ ایفا کرد) و تول رود (راندی کوئر) است. بارنی که رهبر گروه است با کمک کریسمیس که در خنجراندازی مهارت دارد بسیاری گروگان‌گیرها را می‌کشند در این بین گائز که به نظر غیر عادی و عصبی است (معتاد به کوکائین است) یا یانگ درگیر می‌شود ولی قضیه خاتمه می‌یابد. در صحنه پایانی این سکانس که گروه افراد را آزاد کرده و برمی‌گردند بارنی (استالونه) را در حال مصرف سیگار برگ می‌بینیم. پاتوق آنها مغازه خالکوبی دوست قدیمی شان تول (با بازی میکی روک که سال گذشته بعد از چندین سال عدم موفقیت در بازی در فیلم کشتی‌گیر جایزه اسکار بازیگری را بدست آورد) است.

در این سکانس نیز (بارنی) استالونه را در حال مصرف سیگار برگ و تول (روک) را در حال کشیدن پیپ می‌بینیم. آنها که ظاهراً در مأموریت‌های قبلی (در بوستنی) همکار بودند به گپ و گفت و گو درباره زندگی می‌پردازند. در صحنه بعدی بارنی به قرار ملاقاتی در یک کلیسا می‌رود و آنجا با آقای کشیش (با بازی بروس ویلیس که در سری فیلم‌های جان‌سخت بازی خوبی داشت و رفیق شفیق استالونه است و از این بابت به طور افتخاری و بدون دستمزد و بدون ذکر نام در عنوان‌بندی

ماه گذشته در این بخش فیلم A Team را تفسیر کردیم و به این نکته اشاره نمودیم که هالیوود همچنان با مخاطب قرار دادن نوجوانان با فیلم‌های اکشن و بهره‌گیری از چهره‌های دوست داشتنی و قهرمان‌گونه در حال مصرف دخانیات باعث رواج یافتن این رفتار در نوجوانان می‌شود. برای این گروه سنی بسیار جالب است که فوق قهرمان فیلم بعد از صحنه‌های کشتار و پیروز شدن بر دشمن سیگار خود را روشن می‌کند با این بدآموزی باید چه کرد؟ نوجوان نمی‌اندیشد که این قهرمان قدرتمند و برعکس که در تمامی صحنه‌های فیلم می‌دود و می‌پرد چگونه می‌تواند سیگاری باشد. پس سیگار نه تنها باعث ناتوان شدن و رنجور و ضعیف ماندن نمی‌شود، بلکه می‌تواند به قهرمان بودن نیز کمک نماید. جالب است که بدانیم علی‌رغم اینکه قوانین سخت گیرانه‌ای برای کنترل دخانیات در ایالات متحده حاکم است هنوز نیز این صحنه‌ها در فیلم‌های تأثیرگذار بر نوجوانان نمایش داده می‌شود. تنها دقتی که در این امر شده این است که این صحنه‌ها به عنوان صحنه‌های نامتعارف تلقی شده و در رده‌بندی فیلم‌ها جزء گروه‌های PG-۱۳ (مناسب برای افراد کمتر از ۱۳ سال همراه با والدین) یا R (ممنوع برای افراد زیر ۱۵ سال) قرار می‌گیرد. در این ماه به توضیح فیلم دیگری از این دسته می‌پردازیم.

Expendables (مهره‌های سوخته شده، با تشکر از خانم شیرین خلیفی) محصول سال ۲۰۱۰ کمپانی Lionsgate با همکاری کمپانی Millenium film می‌باشد که حدود ۱ ساعت و ۴۰ دقیقه می‌باشد و از ۱۳ اوت روی پرده سینماها رفته است. کارگردان آن سیلوستر استالونه (که با فیلم‌های راکی و رامبو شناخته و معروف شد) می‌باشد که فیلم‌نامه آن را نیز با همکاری دیوید کلاهام نوشته است. فیلم که با شخصیت‌های اکشن و عضله‌ای حال و دهه گذشته هالیوود ساخته شده است فرار است فیلمی از نوع حادثه‌ای و هیجان انگیز باشد ولیکن مانند بسیاری از فیلم‌های قبلی استالونه ضعیف و با پردازش کم روی شخصیت‌های فیلم همراه است و حتی در مقایسه با چند فیلم دیگر این نوع در سال ۲۰۱۰ مانند مبدل‌ها و نابودگر ۴ و A team بسیار ضعیف ساخته شده و قصه سطحی دارد. صحنه‌های بدل‌کاری و استفاده از حقه‌های کامپیوتری آن نیز بی‌کیفیت می‌باشد و در یک کلام

آماده می‌شود و به جزیره می‌روند و همه جا را بمب‌گذاری می‌کنند و بدون سر و صدا نگهبانان را از پا درمی‌آورند. بارنی که دختر را آزاد کرده است گیر می‌افتد و در صحنه‌ای او را در حال درگیری و کشتی با پابن (با بازی استیو آستین قهرمان کشتی کج آمریکا که در فیلم جزیره مرگ هم بازی کرده است) می‌بینیم. در آخر بعد از انفجارهای پی در پی و کشتارهای بسیار مونرو که ژنرال را کشته است خودش نیز کشته می‌شود و در نتیجه دختر و جزیره آزاد می‌شوند. گروه بر می‌گردد و ساندرا می‌خواهد جزیره را از نو بسازد.

در صحنه آخر گروه در مغازه تول دور هم هستند و گانر که نمرده است با کمک بارنی دوره ترک اعتیاد خود را می‌گذرانند و همه خوشحالند.

فیلم هیچ حرف تازه‌ای در سینما ندارد. قصه کهنه و تکراری و بازی‌ها ساده و سطحی است. دور هم جمع کردن این همه قهرمان عضله‌ای فقط از دست استالونه برمی‌آید و بی. به غیر از راکی (قسمت اول) که جایزه اسکار بهترین فیلم‌نامه (استالونه) و فیلم سال ۱۹۷۶ را کسب کرد بقیه فیلم‌های او به جهت هنری فیلم‌های خوبی نبودند ولی عمدتاً به خاطر روحیه قهرمان پروری در نوجوانان طرفداران خاص خود را دارد و از این طریق می‌تواند با رواج و رفتار خاص مورد توجه قرار گیرد. فیلم که چند هفته‌ای در تابستان در ردیف اول فروش قرار داشت (آن هم به خاطر تبلیغات ابتدایی و صحنه‌های کلیپ معرفی آن و عمدتاً بواسطه وجود فوق قهرمان‌های متعدد در آن بود) و در نهایت ۱۰۲ میلیون دلار فروش کرد که در حد قابل قبول هالیوود است و اکثراً مخاطب نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در ۶ صحنه از فیلم، استالونه سیگار برگ مصرف می‌کند. این موضوع را در فیلم‌های قبلی او نیز (راکی - کبری - بایست و گرنه مادرم شلیک می‌کند - مشت - متخصص ...) دیده بودیم. ظاهراً کمپانی‌های دخانیاتی با او درباره استفاده از صحنه‌های مصرف سیگار در تعدادی از فیلم‌هایش قرارداد مالی ویژه‌ای امضا کرده‌اند (این مطلب در ویژه نامه روز جهانی بدون دخانیات سال ۲۰۰۳ با شعار "فیلم و مد بدون سیگار" سازمان جهانی بهداشت آمده است).

فیلم حاضر به بازی در فیلم او شده است) که ظاهراً مأمور مخفی اطلاعاتی آمریکا و فردی است که مأموریت‌های بارنی را مشخص می‌کند، درباره یک مأموریت جدید حرف می‌زنند تا اینکه کسی از در وارد می‌شود و او کسی نیست جز یو (با بازی آرنولد شوازینگر قهرمان سابق زیبایی اندام جهان و بازیگر نقش نابودگر که اکنون فرماندار شهر لس‌آنجلس آمریکا است و او نیز که از دوستان بسیار نزدیک استالونه است و یک روز در هفته را یا او در باشگاه بدنسازی تمرین می‌کند هم بدون دستمزد در فیلم بازی کرده است) و می‌خواهد مأموریت جدید به او داده شود ولی در نهایت بارنی قبول می‌کند. در صحنه آخر این سکانس یو (شوازینگر) به بارنی (استالونه) سیگار برگ تعارف می‌کند. مأموریت بارنی آوردن ژنرال گازا (دیوید سایز) است که رهبر دست نشاندۀ از طرف یک آمریکایی به نام مونرو (با بازی اریک رابرتز که یک بازیگر دست سوم است و اغلب در نقش‌های منفی بازی می‌کند) در جزیره ویلنا در خلیج مکزیک است. مونرو به کمک گازا در این جزیره به کشت تریاک و تهیه کوکائین می‌پردازند و مردم جزیره را بسیار آزار می‌دهند. بارنی مأموریت را در قبال گرفتن ۲/۵ میلیون دلار در ابتدا و ۲/۵ میلیون دلار دیگر در پایان می‌پذیرد و به همراهی کریسمیس به عنوان زیست شناس و عکاس پرنده برای سر و گوش آب دادن به جزیره می‌روند. آنها در کافه‌ای با رابط خود ساندرا (جیسل انیل) آشنا شده و به قصر می‌روند. ساندرا که در واقع دختر ژنرال گازا و مخالف سرسخت اوست آنها را راهنمایی می‌کند ولیکن سربازها می‌رسند و درگیری پیش می‌آید، ولی بارنی و کریسمیس همه را کشته و اسکنه را به آتش می‌کشند و با هواپیما فرار می‌کنند و دختر می‌ماند. بارنی که سخت بودن مأموریت را می‌فهمد آن را قبول نمی‌کند ولیکن در فکر دختر می‌ماند و تحت تأثیر او می‌خواهد برگردد و دختر را رها سازد (قبلاً این کلیشه احساسی و نخ نما را در فیلم رامبو از استالونه دیده بودیم). دوستان گروه او می‌خواهند که با او باشند. در این بین گانر که شرایط متعادلی ندارد و توسط بارنی اخراج می‌شود به او خیانت می‌کند. به سمت مونرو می‌رود و او را لو می‌دهد و نقشه قتل او را اجرا می‌کند که ناکام می‌ماند و بوسیله بارنی کشته می‌شود. گروه



بنابراین به نظر می‌رسد دود سیگار خطرات بسیار بیشتری برای خانم‌ها در سنین باروری نسبت به افراد عادی جامعه داشته باشند.

۴- چه تفاوتی بین نوزادان مادران سیگاری و غیرسیگاری وجود دارد؟

علاوه بر مشکلات ناباروری، سقط جنین، زایمان زودرس و مرده‌زایی نوزادانی که از مادران سیگاری به دنیا می‌آیند، نوزادان مادران سیگاری دارای مشکلات بالقوه بیشتری خواهند بود. مادران سیگاری نه تنها در دوره بارداری بلکه در دوران شیردهی سلامت نوزادان خود را به خطر می‌اندازند. در یک گزارش جدید آمده است که نوزادان مادران سیگاری روزانه به ازای هر کیلوگرم وزن بدنشان حدود ۷ میکروگرم نیکوتین جذب می‌کنند و این مقدار نیکوتین درست معادل جذب مقدار نیکوتینی است که یک فرد بزرگسال از دور کردن روزانه یک سیگار جذب بدنش می‌شود. برخی دیگر از مشکلات نوزادان مادران سیگاری بی‌قراری نوزاد، وجود استفراغ‌های مکرر، بی‌اشتهایی و برگرداندن شیر و کم وزنی نوزاد خواهد بود.

نیکوتین سیگار همچنین بر الگوی خواب نوزاد تأثیر منفی می‌گذارد. لازم به ذکر است که شیوع بعضی از آنرمالی‌های مادرزادی مثل لب‌شکری، در نوزادان مادران سیگاری بیشتر می‌باشد. سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، ضعف پیشرفته ریه، عفونت‌های حاد تنفسی و آسم از عوارض دیگر نوزادان مادران سیگاری می‌باشند.

۵- آیا احتمال نازایی در بچه‌هایی که از مادران سیگاری متولد می‌شوند افزایش می‌یابد؟

بله، احتمال نازایی و یا تأخیر در باروری در خانم‌هایی که دارای والدین سیگاری بوده‌اند بیشتر است.

۶- آیا تفاوتی بین زایمان مادران سیگاری و مادران غیرسیگاری وجود دارد؟

به طور کلی زنانی که در طول دوره بارداری سیگار

در این شماره پای صحبت‌های ارزشمند اتم دکتر هویا طلوعی می‌نشینیم.

- لطفا خودتان را معرفی کنید و مختصری از فعالیت‌های خودتان را بیان نمایید؟

اینجانب دکتر هویا طلوعی جراح و متخصص بیماری‌های زنان و زایمان و نازایی و فارغ‌التحصیل سال ۱۳۷۴ هستم. بعد از سپری شدن دوره طرح با مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی مسیح دانشوری همکاری داشتم و در حال حاضر در بیمارستان شهید دکتر باهنر و بخش خصوصی مشغول می‌باشم.

۲- در خصوص مصرف سیگار و افزایش نازایی در کشور توضیح دهید؟

در مورد خطرات سیگار برای خانم‌های باردار و جنین‌شان هشدارهای فراوانی داده شده است. سیگار می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه باروری خانم‌ها بشود. مطالعات جدید نشان می‌دهد که خانم‌های سیگاری و یا خانم‌هایی که در محیطی به سر می‌برند که مجبور به استنشاق دود سیگار می‌باشند نسبت به افراد دیگر احتمال باروری کمتری دارند. آمار تکان‌دهنده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد خانم‌هایی که والدین آنها سیگاری بودند برای باردارشدن مشکلات بیشتری دارند و حداقل آن این بوده است که مجبور بودند مدت زمان بیشتری حداقل یک سال برای باردار شدن منتظر بمانند.

۳- آیا مصرف دخانیات باعث سقط جنین یا تولد زودرس می‌شود؟

آمار نشان می‌دهد خانم‌هایی که در زمان کودکی یا بزرگسالی در معرض دود سیگار بوده‌اند ۳۹٪ احتمال سقط جنین و یا به دنیا آوردن نوزادان مرده در بین آنها بیشتر است. مطابق همین آمار خانم‌هایی که در طول زندگی‌شان حداقل یک بار باردار شده‌اند حدوداً به میزان ۱۱٪ مشکلاتی در زمینه باردارشدن دارند و حدود یک سوم این افراد حداقل سابقه یک بار سقط جنین یا به دنیا آوردن نوزادان مرده را دارند. این آمار تکان‌دهنده خطرات جدی سیگار را نشان می‌دهد.

۱۰- نقش همسران سیگاری برای مادران باردار و یا جنین چیست؟

همان طور که قبلاً ذکر شد افرادی که در خانواده سیگاری زندگی می‌کنند خطرات استعمال دخانیات در آنها بیشتر است. در رابطه با پدران سیگاری احتمال بروز برخی از مشکلات باروری وجود دارد که به کاهش تعداد اسپرم و تحریک اسپرم یا مشکلات هورمونی می‌توان اشاره کرد.

۱۱- به عنوان یک پزشک چه توصیه‌ای به مادران دارید؟

مادران جوان باید بدانند برای به دنیا آوردن یک نوزاد سالم نیاز به بدن سالم، تغذیه سالم، آرامش روحی و روانی، یا به عبارتی هر چیزی که به بدن آنها آسیب برساند باید خودداری نماید و یکی از مهمترین آنها دخانیات است که باعث صدمات جبران‌ناپذیری می‌شود. باید به یاد داشته باشیم که مادر سالم نوزاد سالم به دنیا خواهد آورد و نوزادان سالم جامعه سالمی را رقم خواهند زد. پس باید این نعمت الهی را قدر بدانیم. در پایان لازم است نکاتی را یادآورد شوم.

- این یک اصل و واقعیت علمی است که بین سیگار کشیدن و نازایی رابطه نزدیکی وجود دارد. هر چه شخص از سنین پایین‌تر سیگار را شروع کرده باشد مشکلات نازایی در او بیشتر خواهد شد. همچنین این مطلب در مورد افرادی که در یک خانواده سیگاری بزرگ شده‌اند نیز صدق می‌کند. برای تشکیل یک جنین سالم نیاز به تعامل بین هورمون‌ها می‌باشد. وقتی شما سیگار می‌کشید تا مدت‌ها با یک فرد سیگاری زندگی می‌کنید نیکوتین و مواد توکسیک از طریق ریه‌ها وارد گردش خون شده و این تعامل را از بین می‌برد این مواد شیمیایی نه تنها روی هورمون‌ها بلکه حرکات لوله‌ها و از طریق فلج کردن حرکت زنبی مژک‌ها که در ایجاد ovium بسیار موثر می‌باشد مختل می‌کند و حتی می‌تواند اختلالات ژنتیک در جنین ایجاد کند و باعث سقط جنین و حاملگی‌های خارج رحم بشود. همچنین زنان سیگاری ۱۴ سال زودتر از افراد عادی از دنیا می‌روند. لازم به ذکر است زنان سیگاری ۶۰٪ بیشتر از زنان غیرسیگاری به سرطان دهانه رحم مبتلا می‌شوند و یانسگی زودرس و یوکی استخوان در زنان سیگاری نیز بیشتر است و شانس موفقیت میکروانژکشن در افراد سیگاری کمتر از جمعیت عادی می‌باشد.

مصرف می‌کنند در معرض خطر زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب و نوزادان با رشد ناکافی درون رحمی بیشتر می‌باشند و در نتیجه احتمال سزارین در آنها بیشتر می‌باشد. همچنین شواهد علمی نشان می‌دهد که شیوع تب بعد از سزارین در مادران سیگاری سه برابر بیشتر از زایمان طبیعی می‌باشد. به طور کلی با توجه به امکان بیشتر عوارض دوران بارداری و زایمان در خانم‌های سیگاری هزینه‌های درمانی مربوط به زایمان غالباً بیشتر می‌باشد.

۷- چه توصیه‌ای به افراد سیگاری دارید؟

با توجه به اینکه سیگار مضرات اثبات شده فراوانی دارد و تقریباً هیچ مزیت ثابت‌شده‌ای ندارد تنها توصیه قاطعانه من ترک کامل سیگار در زودترین زمان ممکن است. لازم به ذکر است از آنجایی که سیگار یک ماده اعتیادآور تلقی می‌شود در افراد سیگاری که در طول روز یک بسته یا بیشتر سیگار مصرف می‌کنند در ترک سیگار نیاز به کمک‌های حرفه‌ای دارند. بنابراین مراجعه به مراکز سازمان یافته ترک سیگار و استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه در این مورد بسیار موثر خواهد بود.

۸- جهت افزایش آگاهی مردم در مورد مضرات مصرف دخانیات چه باید کرد؟

اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌های جمعی، چاپ پوستر، بروشور و برقراری سمینارها و همایش‌ها، وجود نشریه‌های اختصاصی نظیر ماهنامه کنترل دخانیات.

۹- کنترل دخانیات در کشور از چه راه‌هایی امکان پذیر است؟

از دیدگاه اینجانب کنترل دخانیات از دو راه تشویقی و تنبیهی امکان‌پذیر است که می‌تواند به صورت نقدی و غیرنقدی صورت بگیرد. به عنوان مثال به گروه‌های مختلف اداری و اجتماعی غیرسیگاری و کسانی که سیگار را ترک کردند بن کتاب و هدایایی داده شود و روش‌های تنبیهی می‌تواند شامل شرایطی هنگام استخدام، عدم ارتقاء شغلی کارمندان سیگاری و موارد مشابه آن باشد.

خوشبختانه ممنوعیت سیگار در اماکن عمومی در کشور ما در حال اجرا است. همچنین افزایش قیمت سیگار و کاهش تولید می‌تواند موجب کاهش مصرف سیگار شود.

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 سنواری 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.

روشهای ترک سیگار در بیماران دیوی



انسان، شامه و ریه و ریه‌ها
 در حقیقت شامه و ریه‌ها دیوی
 مرکز انتقال چاقی و نقل و حرکت

ترجمه پرواز سینایی
 روزنامه‌های ترک سیگار

طی یک مطالعه تصادفی باز بر روی بیماران COPD یک کلینیک تنفسی، چهار نوع رژیم مختلف NRT مصرفی روزانه این بیماران بررسی گردید (۱۴۶) به منظور رادیوگرافی قفسه‌سینه، آزمایش عملکرد ریه و بررسی وضعیت COPD، ۴۴۶ نفر با راهنمایی پزشکشان به این کلینیک مراجعه کردند برای افراد سیگاری (با مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز) برنامه‌های ترک سیگار به رهبری پرستاران برگزار می‌شد و جلسات پیگیری در هفته دوم و ششم و ماههای ۳، ۶، ۹ و ۱۲ بعد از ترک برای آنها تعیین گردید.

پس از ۱۲ ماه، در گروهی که برچسب ۵ میلی‌گرمی نیکوتین مصرف می‌کردند (که به عنوان مصرف شیشه‌دارو تحت نظر بودند)، میزان موفقیت در ترک دائم ۱/۸٪، در گروهی که برچسب ۱۵ میلی‌گرمی نیکوتین مصرف می‌کردند ۸/۷٪، در گروهی که از افشانه نیکوتین استفاده می‌کردند ۵/۱٪ و در گروهی که از افشانه نیکوتین و برچسب ۱۵ میلی‌گرمی نیکوتین استفاده می‌کردند ۳/۵٪ بوده است (۱۴۶) میانگین میزان موفقیت برای سه درمان فعال فوق ۵/۶٪ بوده است. (P < ۰/۰۱) طی مطالعه دیگری که کنترل شده توسط سه دارو، تصادفی و دوسوکور بوده است، در هفت کلینیک تنفسی بیماران سرپایی، ۳۷۰ بیمار COPD سیگاری با میانگین مصرف روزانه ۱۹/۶ نخ سیگار و میانگین FEV₁، ۵۶٪ مورد بررسی قرار گرفتند (۱۶۱) به این افراد قرصهای زیرزبانی ۲ میلی‌گرمی نیکوتین یا شیشه‌دارو به مدت ۱۲ هفته داده شد که این درمان با حمایت کم (۴ جلسه ملاقات و ۶ بار تماس تلفنی) یا زیاد (۷ جلسه ملاقات و ۵ بار تماس تلفنی) پرستاران همراه بود. میزان ترک مقطعی با قرصهای زیرزبانی نیکوتین در مقابل شبه دارو

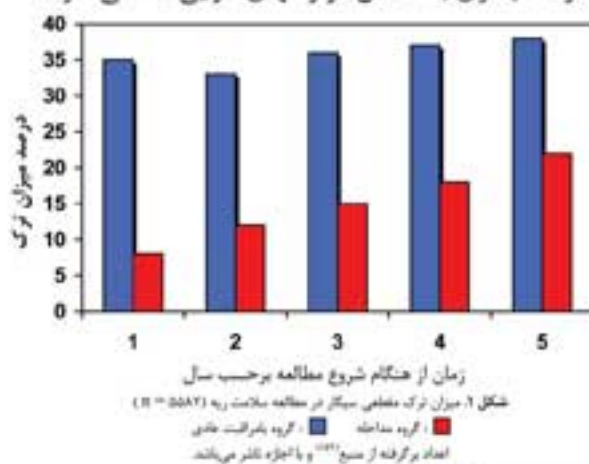
در این بخش جهت آشنایی خوانندگان عزیز با کتابهای به چاپ رسیده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات (شامل تألیف، ترجمه و گردآوری) طی هر شماره ماهنامه چند صفحه‌ای از آنها را در اختیار شمار قرار می‌دهیم. این کتابها حاصل تلاش همکاران این مرکز طی سالهای پیشین بوده که امید است مورد استفاده عزیزان واقع گردد. عنوان کتاب پیش رو «روش‌های ترک سیگار در بیماران دیوی» می‌باشد. این کتاب ترجمه پریناز سینایی و زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده

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

به مدت ۶ ماه (۲۳ در مقابل ۱۰٪) و ۱۲ ماه (۱۷ در مقابل ۱۰٪) از نظر آماری بسیار معنی‌دار بوده و تفاوت آشکاری نیز بین تأثیر حمایت‌های رفتاری کم و زیاد مشاهده نشده است. بهبود افراد ترک کرده نسبت به افراد ترک نکرده در امتیازات پرسشنامه تنفسی St. George به وضوح مشهود است؛ بطوریکه تغییرات در میانگین امتیازات آنها بعد از یک سال به ترتیب عبارت از: ۱۰/۹- در مقابل ۲/۹- برای مجموع امتیازات و ۲۸/۶- در مقابل ۲/۳ برای امتیازات علائم ترک بوده است. این آزمایش نشانگر ثمربخشی طولانی مدت NRT برای ترک سیگار در جمعیت مورد نظر افراد سیگاری مبتلا به COPD می‌باشد. در حالیکه از مصرف روزانه سیگار آنها صرف‌نظر شده و بیمارانی با مصرف روزانه کمتر از ۱۰ نخ سیگار نیز جزء این جمعیت محسوب شدند. میزان ترک موفق آنها در محدود آمار افراد سیگاری سالم بوده و ترک سیگار باعث بیشتر شدن امتیازات SGRQ آنها گردیده است. (۱۶۱)

مطالعه سلامت ربه (۱۵۲) یک مطالعه چند مرکزی، کنترل شده و تصادفی بوده که ترکیب مداخلات ترک سیگار و مصرف مداوم برونکودیلاتور استنشاقی را در ۵۸۸۷ فرد سیگاری مبتلا به COPD خفیف تا متوسط بررسی کرده است. در این مطالعه میانگین ۱ FEV₁ انحراف معیار برابر ۱.۰۱۶ (تا ۲/۷٪ قابل پیش بینی) بوده است. میانگین سن این افراد ۴۸ سال و سابقه مصرف سیگار آنها ۴۰ pack-yr بوده است. در ابتدا برای آنها برنامه‌های ترک سیگار ۱۲ جلسه‌ای به همراه آدامس نیکوتین و حمایت‌های رفتاری فراهم گردید و به مدت ۵ سال، هر ۴ ماه یک بار برنامه‌هایی به منظور جلوگیری از عود برای آنها ترتیب داده شد. در بدو ورود پزشک بطور جدی آنها را توصیه کرده و روز ترک برای آنها تعیین گردید. آدامس نیکوتین شدیداً مصرف می‌شد. میزان ترک دائم در مداخلات گروهی بالا بود و طبق معمول در طول مدت مطالعه کاهش یافت یعنی از ۲۵٪ بعد از یک سال، به ۲۲٪ بعد از ۵ سال رسید (در مقایسه با به ترتیب ۱۰٪ و ۵٪ در گروه با مراقبت عادی). میزان ترک توصیفی-مقطعی در طول ۵ سال اندکی افزایش یافت بطوریکه در مداخلات گروهی به ۳۹٪ و در گروهی با مراقبت‌های عادی به ۲۲٪

رسید (شکل ۱). یافته مهم دیگری نشان می‌داد که ترک سیگار بطور معنی‌داری نزول ۱ FEV₁ وابسته به سن و مرگومیر را کاهش داده است. با وجود این، از آنجایی که آدامس نیکوتین در روش تصادفی مورد استفاده قرار نگرفت، ثمربخشی آن در این مطالعه غیرقابل بررسی بود. در مجموع این روش طولانی مدت نشان می‌دهد که برنامه‌های ترک سیگار شدید، فشرده و مکرر می‌تواند باعث حاصل شدن میزان بیشتر ترک طولانی مدت در افراد سیگاری با اختلال در راه‌های هوایی تنفسی شود.



بوپروپیون آهسته رهش:

بوپروپیون هیدروکلراید داروی ضدافسردگی (یک آمینوکتون) است که در ترک سیگار افرادی با مصرف روزانه بیش از ۱۰ نخ سیگار که مایل به ترک می‌باشند نیز مؤثر است. بوپروپیون از باز جذب عصبی نورآدرنالین و دوپامین جلوگیری می‌کند بطوریکه تأثیر جزئی بر باز جذب سروتونین داشته و تأثیر مهارکننده‌ای نیز بر مونوآمین اکسیداز ندارد. همچنین باعث کاهش فعالیت این عصبهای آزادکننده دوپامین می‌گردد. از این رو، باعث بی‌اثر شدن خط سیر پاداش بخش گشته و از تمایل شدید می‌کاهد. علاوه بر ممانعت از باز جذب نورآدرنالین و دوپامین، اطلاعات آزمایشگاهی اخیر نشان می‌دهد که بوپروپیون می‌تواند یک بازدارنده عملکردی غیررقابتی برای گیرنده‌های استیل کولین نیکوتین باشد. بوپروپیون آهسته رهش (SR) در اولین ترک افراد سیگاری، بسیار مناسب می‌باشد، مخصوصاً برای افرادی که نسبت به NRT حساسیت داشته و داروهای غیرنیکوتینی را ترجیح می‌دهند یا در درمان NRT با

شکست مواجه شده‌اند. (۱۹-۱۶ و ۶-۲) در هفته اول ترک سیگار دوز تجویزی بوپروپیون SR، ۱۵۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد و پس از آن به ۳۰۰ میلی‌گرم در روز (۱۵۰ میلی‌گرم دوبار در روز) افزایش می‌یابد. به افراد سیگاری که بوپروپیون SR مصرف می‌کنند، توصیه می‌شود که تا روز ترک یعنی معمولاً یک هفته بعد از شروع درمان، به مصرف سیگار ادامه دهند. در افراد سیگاری مسن یا افرادی با نقص کلیوی یا کبدی یا دارای وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم تجویز دوز کمتری توصیه می‌شود. زمان پیشنهادی برای طول مدت دوره درمان در این روش، ۷-۱۲ هفته است. لازم است درمان با برنامه‌هایی برای تقویت انگیزه افراد همراه باشد و اطلاعات بیشتری درباره ترک و جلوگیری از عود برای آنها مطرح شود.

بوپروپیون SR دارویی است که فقط با ارائه نسخه تهیه می‌شود. بیشترین اثرات جانبی آن عبارت از بدخوابی و خشک شدن دهان است. یکی از اثرات جانبی نادر ولی جدی این دارو (کمتر از ۱:۱۰۰۰) تشنجات ناشی از آن است. (۱۴۱) این دارو برای بیماران با سابقه صرع، مناسب نمی‌باشد و در افراد سیگاری با آستانه پایین تشنج از جمله سابقه ضربه به سر یا سوء مصرف الکل باید با نهایت دقت مصرف شود. تأثیر بسیاری از داروهای متداول از جمله برخی داروهای ضدافسردگی، آنتی آریتمیک‌های نوع C1 و آنتی‌سایکوتیک‌ها، با بوپروپیون در تقابل می‌باشد. در بیماران دیابتی که انسولین یا داروهای کاهنده قندخون مصرف می‌کنند یا بیماران با مصرف داروهای برای کاهش استانه تشنجات (مانند آنتی‌سایکوتیک‌ها، ضدافسردگی‌ها، تیوفیلین و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک)، دقت لازم در دوز دارو باید اعمال شود. همچنین مصرف بوپروپیون در بیماران با سابقه بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، نگرورکبندی شدید یا اختلالات دوقطبی مناسب نمی‌باشد. بوپروپیون نباید با مهارکننده مونوآمین اکسیداز (MAOI) مصرف شود و فاصله بین توقف مصرف این دارو و شروع مصرف بوپروپیون باید بیش از ۴ روز باشد. (۱۶۷-۱۶۴ و ۱۴۰ و ۹)

تمربخشی بوپروپیون SR در بیماران COPD سیگاری: تمربخشی بالینی بوپروپیون SR در جمعیت سیگاریها،

طی چندین مطالعه کاملاً کنترل‌شده مورد بررسی قرار گرفت. (۱۷۰-۱۶۸ و ۱۶۳ و ۱۶۲ و ۸) در متآنالیز ۱۹ مطالعه به دلیل مصرف بوپروپیون SR در مقابل شبه‌دارو، میزان OR برابر ۲/۰۶ (CI/۹۵: ۱.۸-۲.۴) بوده است. (۱۶۳) به غیر از مطالعات بالینی تصادفی، تأثیر بوپروپیون SR در مطالعات بالینی و موارد مراقبتی نیز مشخص گردیده است. دوره درمان ۷-۱۲ هفته با بوپروپیون SR مدت درمان مناسبی برای ترک سیگار می‌باشد. هر چند که دوره درمان طولانی‌تر زمان عود را نیز طولانی‌تر می‌سازد. از آنجایی که تکرار درمان (درمان مجدد با بوپروپیون در افراد سیگاری که در درمان‌های گذشته نیز بوپروپیون مصرف می‌کردند) می‌تواند میزان موفقیت را افزایش دهد، لازم است که مجدداً اعمال گردد. (۱۷۱) درمان با بوپروپیون SR باید با برنامه‌های تقویت انگیزه‌های همراه باشد که اطلاعات اضافی درباره ترک و جلوگیری از عود در آنها مطرح شود. (۱۶۲ و ۱۴۷ و ۱۲-۹)

در مطالعات اندکی نیز از بوپروپیون SR برای ترک سیگار بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن از جمله COPD یا بیماریهای قلبی- عروقی استفاده شده است. طی مطالعه چند مرکزی و کنترل‌کننده شبه‌داروی انجام شده توسط Tashkin و همکارانش، (۸) به منظور ترک سیگار در ۴۰۴ بیمار مبتلا به COPD خفیف تا متوسط با میانگین مصرف روزانه ۲۸ نخ سیگار، تمربخشی بوپروپیون SR به مدت ۱۲ هفته به همراه ملاقاتهای هفتگی مورد بررسی قرار گرفت. در این افراد وابستگی نسبتاً بالا و میانگین امتیاز تست فاگشروم ۷ بوده است. در افرادی که بوپروپیون SR مصرف می‌کردند نسبت به افرادی که شبه‌دارو مصرف می‌کردند

(۲۸٪ در مقابل ۱۶٪، $P = 0.003$)، میزان ترک دایم از هفته‌های ۴-۷، به وضوح بیشتر بوده است. همچنین میزان ترک دایم از هفته‌های ۴-۱۲ (۱۸٪ در مقابل ۱۰٪) و ۴-۲۶ (۱۶٪ در مقابل ۹٪) در گروهی که بوپروپیون SR مصرف کردند، بیشتر بوده است ($P < 0.05$). میزان ترک مقطعی طی ۶ ماه در افرادی که بوپروپیون SR مصرف کردند، بیشتر از افرادی بود که شبه‌دارو مصرف کردند (۲۳٪ در مقابل ۱۶٪)، اما میزان ترک دایم بعد از ۱۲ ماه از نظر آماری تفاوتی نداشت. تقریباً یک سوم

جمعیت مورد مطالعه که در ابتدا مایل یا قادر به ترک سیگار نبودند، در طول مدت درمان با بوپروپیون SR توانستند مصرفشان را تا ۵۰٪ و یا حتی بیشتر کاهش دهند. ۱۴٪ این افراد به این روند ادامه داده و موفق به ترک شدند. چنین میزان ترکی بسیار کمتر از میزان ترک در مطالعات مشابه با بوپروپیون SR بر روی افراد سالم است. این موضوع نشانگر سرسختی نسبی بیماران COPD می‌باشد. با توجه به نیاز مبرم به ترک سیگار در بیماران COPD، ارائه برنامه‌های فشرده‌تر به منظور بالا بردن میزان ترک در این بیماران پرخطر، الزامی می‌باشد.

بوپروپیون SR در این مطالعات خوب تحمل شده و به نظر می‌رسد بازده و سابقه ایمنی خوبی در بیماران COPD داشته است. به طور مهم، تأثیر بالینی مشهودی بر متوسط فشارخون در افراد سیگاری نداشته است؛ از جمله بر افرادی با فشارخون بالا و افرادی با اضافه وزن ناشی از ترک بویزه در زنان.

مطالعات اندکی نیز تأثیر بوپروپیون SR و NRT را در ترک سیگار مقایسه کرده یا تأثیر درمان ترکیبی را مورد بررسی قرار داده‌اند. با این وجود، به نظر می‌رسد استفاده همزمان بوپروپیون SR و NRT مناسب بوده و توسط بسیاری از پزشکان بالینی برای ترک افراد سیگاری سرسخت مورد استفاده قرار گرفته است. (۱۷۲ و ۱۷۳) هر چند که مطالعات جامعی در این خصوص در دسترس نمی‌باشد. انتخاب ترکیب داروها براساس نظر بیمار و با توجه به اثرات سوء آنها و همزمانی دو بیماری در فرد می‌باشد. وجود داروها در بازار و قیمت تهیه آنها نیز بر انتخاب داروها مؤثر است.

خط دوم درمانی :

نورتریپتیلین، تنها داروی ضدافسردگی سه حلقه‌ای است که مواردی دال بر ثمربخشی آن در ترک سیگار وجود دارد. دوز این دارو در ترک سیگار ۷۵-۱۵۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد. متاآنالیزی از چهار مطالعه نشان داده است که به هنگام استفاده از نورتریپتیلین در مقابل شبه دارو، پس از یک سال ترک (OR = ۲/۸ (۹۵ CI : ۱/۷-۴/۶) بوده است. (۱۴۱) اما در موارد بسیاری نیز مصرف این دارو مجاز نمی‌باشد که عبارت از اثرات جانبی شایع آنتی‌کلینوزیک و بویزه اختلالاتی در رسانایی قلب و

افتادن فشارخون وضعیتی است.

چندین داروی ضدافسردگی دیگر نیز، از جمله مهارکنندگان بازجذب سروتونین انتخابی (دوکسپین، فلوکستین، سرتالین، موکلوبمید و ونلافاکسین) وجود دارد که در ترک سیگار مؤثر نمی‌باشند.

کلونیدین نیز که نوعی ایمیدازولین است برای تنظیم فشارخون، ثمربخشی اندکی در درمان ترک سیگار دارد. (۱۷۴ و ۱۷۵) این دارو در خط دوم درمانی دستورالعمل ترک سیگار ایالات متحده توصیه شده است. (۱۰) اما اثرات سوء ناشی از مصرف کلونیدین از جمله خواب آلودگی، خستگی و خشکی دهان مصرف آن را محدود می‌سازد. (۱۷۴) و مؤلفان فعلی مصرف آن را توصیه نمی‌کنند.

داروهای جدید :

وارنسیلین دارویی است که در کشورهای اتحادیه اروپا مورد تأیید واقع شده، در بازار ایالات متحده به فروش می‌رسد و از اواخر سال ۲۰۰۶ تا اوایل ۲۰۰۷ به بازار بیشتر کشورهای اروپایی نیز عرضه شده است. ریمونابانت نیز در بازار ایالات متحده و اروپا وجود دارد ولی ثابت شده است که بیشتر یک داروی کاهش وزن است تا یک عامل ترک سیگار باشد.

وارنسیلین :

وارنسیلین عبارتست از یک آگونیست نسبی از زیرگروه گیرنده‌های عصبی نیکوتینی، تشکیل شده از زیرواحدهای $\alpha 5$ و $\beta 2$. براساس مطالعات اخیر گیرنده‌های نیکوتینی $\alpha 5 \beta 2$ در تمایل شدید و وابستگی به نیکوتین نقش محوری به عهده دارند. نتایج حاصل نشان می‌دهد که وارنسیلین در ابتدا گیرنده‌های $\alpha 5 \beta 2$ را تحریک می‌کند که اثرات آگونیست نیکوتینی بر روی آزادسازی دوپامین در هسته اکومبنتز (عملکرد آگونیست) را در حد میانه نگه می‌دارند. اگر به درمان با وارنسیلین، نیکوتین افزوده شود، در پاسخ دوپامین افزایشی مشاهده نمی‌شود (عملکرد آنتاگونیست). از آنجایی که وارنسیلین هر دو عملکرد آگونیست و آنتاگونیست را ترکیب می‌کند، می‌تواند باعث کاهش وابستگی نیکوتین و همچنین کاهش اثرات ناشی از ترک نیکوتین شود. (۱۷۶-۱۷۷) وارنسیلین به خوبی جذب شده و در ابتدا بدون تغییر (۹۲٪) از طریق ادرار دفع می‌شود. نیمه عمر این دارو ۱۷

مهمترین اثرات جانبی گزارش شده از گروههای مصرف کننده واریسلین، بوپروپیون SR و شبه دارو عبارت بود از: حالت تهوع (به ترتیب ۲۸، ۱۰ و ۹٪)، سردرد (به ترتیب ۱۴، ۱۱ و ۱۲٪) و خوابهای آشفته (به ترتیب ۶، ۴ و ۱٪). گرچه حالت تهوع به ویژه بر اثر مصرف واریسلین بیشتر بوده، اما در مقایسه با بوپروپیون (۱۴٪) و شبه دارو (۸٪) میزان شکست به دلیل اثرات جانبی در مصرف کنندگان واریسلین (۱۰٪) بیشتر نبوده است (۱۷۶ و ۱۷۷).

در مطالعه سوم، طول مدت درمان با واریسلین طی ۱۲ هفته در مقابل ۲۴ هفته مورد آزمایش قرار گرفت که در درمان ۲۴ هفته‌ای تأثیر جزئی ولی معنی داری حاصل گردید (۱۷۷).

ساعت است و ۴/۳ ساعت زمان می برد تا به بیشترین حد غلظت برسد (۱۷۶ و ۱۷۷) از افراد سیگاری درخواست می شود که در طول ۷ روز اول درمان، دوز واریسلین را به ۱ میلی گرم و دو بار در روز افزایش داده، در روز هشتم مصرف سیگار را قطع کنند و به مدت ۱۲ هفته به درمان ادامه دهند.

سه مطالعه بالینی سه مرحله‌ای بر روی واریسلین انجام شده که گزارش آنها به شرح زیر است. دو مورد از این مطالعات که پروتوکل‌های یکسانی داشتند، مصرف واریسلین را با شبه دارو و بوپروپیون SR مقایسه کردند (جدول ۷). نتایج مرحله سوم این مطالعات به نتایج حاصل از مرحله دوم مطالعات بالینی شباهت دارد.

جدول ۷ میزان ترک دایم از هفته‌های ۵۲-۹ طی دو مطالعه سه مرحله‌ای بر روی مصرف واریسلین در ترک سیگار

اولین مؤلف	درصد میزان ترک			p-value
	شبه دارو	واریسلین 2mg در روز	بوپروپیون SR 300mg در روز	
	GONZALEZ ⁽¹⁷⁶⁾	۸/۴	۲۲/۱	
JORENBY ⁽¹⁷⁷⁾	۱۰/۳	۲۳/۰	۱۵/۰ $p < 0.001$ بوپروپیون SR در مقابل واریسلین $p < 0.001$ بوپروپیون در مقابل شبه دارو	

ادامه دارد.....

همکار و خواننده گرامی، از آنجا که ماهنامه کنترل دختبات، 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 دختبات 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- غیرعلمی ه- بسیار پایین

۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟

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

۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟

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

۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟

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

۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟

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

۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟

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

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

الف- زیاد ب- مناسب ج- کم

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

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

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

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

فرم نظرسنجی را به آدرس تهران - نیوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دختبات پست نمائید یا به شماره ۲۶۱۰۹۵۱۵ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: www.tbcc.ac.ir ارسال نمائید.

پیشنهادها و انتقادهای: