

کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور

شماره ۶ اسفند ماه ۱۳۸۸ - تیراژ ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مرکز همکاری کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی



کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۶ اسفند ۱۳۸۸

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۲۴/۳۶۴۲ 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 بابک شریفکاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریابابور،

دکتر شبنم اسلامپناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی و مترجم

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همانگی

علیرضا مظفریان

همکاران این شماره

مونا آقایی، نازی دوزنده طبرستانی

گرافیکست و صفحه آرا

فائزه صفرعلی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۱۵ - ۲۶۱۰۶۰۰۳

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ

۱۰۰۰ نسخه

بها

۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.



کنترل دخانیات

۳ معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

۴ سخن روز

۵ فعالیتهای مرکز

همکاری با مرکز مشاوره بنیاد شهید خراسان جنوبی شرکت در کلاسهای آموزشی نرم افزار SPSS همکاری در همایش مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم اجرای برنامههای آموزشی از رادیو سلامت بزرگداشت روز ملی هوای پاک ارائه گزارش نهایی بررسی آگاهی و نگرش افراد سیگاری درباره قانن الصاق هشدارهای بهداشتی مصور بر روی پاکت سیگار قبل و بعد از اجرای آن در شهر تهران سال ۸۸-۱۳۸۷ توسط دکتر غلامرضا حیدری

۹ اخبار کشوری

گفتگوی ویژه خبری

۱۷ اخبار بین المللی

Champix و درمان اعتیاد همزمان سیگار و الکل تأثیر صنایع دخانی بر قوانین ضد دخانیات ضعیف در اسپانیا افزایش سن مجاز برای خرید سیگار در انگلستان

۱۹ زیر ذره بین

نکاتی پیرامون ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات حفظ سلامت دیگران، ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی نکات کلیدی درباره دود تحمیلی دخانیات و ایجاد فضای بدون دود

۲۱ ما توانستیم، شما هم میتوانید

ما توانستیم، شما هم می توانید

۲۳ مقالات منتخب

تأثیر ترک سیگار بر نتیجه درمان سوء مصرف مواد مخدر خدمات ترک سیگار در مراکز ترک متادون در ایالت متحده آمریکا یک مطالعه باز بر روی تأثیر مصرف برجسبهای ترک سیگار پوستی نیکوتین در بین بیماران بستری معنادار به الکل و مواد مخدر تقویت وابستگی مستند ترک سیگار در بین مصرف کنندگان متادون

۲۵ معاهده جهانی کنترل دخانیات

معاهده بین المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات

۲۷ مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

راهنمای ترک سیگار، شما می توانید

۳۱ نشستی با صاحب نظران

مهمان ویژه این شماره: دکتر سعید فلاح تفتی



معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

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

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





سخن روز

برگزاری ششمین جلسه ستاد کشوری کنترل دخانیات نقطه عطفی در روند این جلسات به شمار آمد. در جلسات قبلی و بسیاری از جلسات مشابه در کمیته کشوری مربوطه در وزارت بهداشت نمایندگانی از شرکت دخانیات حضور می‌یافتند و نقطه نظرات خود را انتقال می‌دادند ولیکن این بار به دستور مقام محترم وزارت بهداشت از حضور رئیس شرکت دخانیات ایران در جلسه ممانعت به عمل آمد که خود حواشی بسیاری را بوجود آورد. وقتی در این موضوع دقیق‌تر می‌شویم به نکته‌ای می‌رسیم که حائز اهمیت است و آن تبعیت از معاهده جهانی کنترل دخانیات است که ایران چند سالی است به آن پیوسته است و براساس آن، قانون جامع کنترل دخانیات را طراحی و تصویب نموده است. در تبصره سوم از ماده پنجم این معاهده که در جلسات مربوطه به (FCTC ۵.۳) معروف شده است و ویژگی جداگانه و منحصر بفردی را در مقایسه با دیگر مواد معاهده فوق کسب کرده است، دقیقاً به همین موضوع اشاره شده است که کشورهای عضو به منظور حفظ سلامت عمومی و اجرای قوانین و سیاست‌گذاری‌های مربوطه از مداخلات شرکت‌های دخانی جلوگیری کنند. احسنت به وزیر بهداشت که مجربانه عمل کرد. امید است این حرکت با مصوبات مهم و مفید و پی‌گیری اجرای آنها و نظارت‌های بعدی تکمیل گردد تا مقدم بودن حفظ سلامت بر تجارت عینیت یابد. ان‌شاء...

سردبیر

فراپیتها هم مرکز

تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

همکاری با مرکز مشاوره بنیاد شهید خراسان جنوبی

را برای ایشان ارسال نمود که عبارتند از سه جلد کتاب با عناوین، «راهنمای آموزشی جهت تعلیم دانشجویان در مورد دخانیات»، «کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات، راهنمای کشورهای کم‌درآمد» و «راهنمای ترک سیگار، شما می‌توانید»، ۶ جلد از ماهنامه رویش از شماره‌های فروردین تا شهریور و همچنین ۵ شماره از سری ۶ تایی پمفلتهای آموزشی در مورد دخانیات. پس از وصول این مواد آموزشی مرکز مشاوره فوق با ارسال نامه‌ای از مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات ابراز تشکر نمود.

به دنبال درخواست مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران خراسان جنوبی از مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، این مرکز طی ماه گذشته اقدام به ارسال برخی از مواد آموزشی منتشره به بنیاد شهید شهرستان بیرجند نموده است. مرکز مشاوره ناسبرده در راستای انجام وظایف محوله و کمک به جامعه در زمینه ترک دخانیات و پیشگیری از مصرف آن از مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات طلب یاری نموده و این مرکز نیز موارد زیر

شرکت در کلاسهای آموزشی نرم‌افزار spss

در جلسه سوم دستور compute و دستور آمار توصیفی و مبحث نمودارها و در جلسه چهارم تعریف مفهوم دستور آزمون سموگرووف - اسمیرنوف برای یک جامعه توسط مدرس تدریس شد. در جلسه پنجم مفاهمی و کاربرد آزمون t مستقل، t زوج و آزمون مان-ویتنی و تمریناتی در مورد مطالب ارائه شده در جلسات قبل انجام شد و در مورد تمرینات به افراد شرکت کننده در کلاس، راهنمایی و آموزش داده شد. در جلسه ششم آزمون ویلکوکسون جهت مشاهدات وابسته به یکدیگر آزمون علامتی و آزمون مجذور فی توضیح داده شد. در جلسه هفتم آزمون تصحیح یتس، آزمون دقیق فیشر و آزمون مک‌نمار توضیح داده شد. در جلسه هشتم آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون‌های کروسکالوالیس تدریس شد. در جلسه نهم آزمون تئوری و عملی، از افراد شرکت کننده در این دوره به عمل آمد و نهایتاً گواهی مربوطه از معاونت پژوهشی دانشگاه برای افرادی که نمره قبولی اخذ کردند ارسال گردید.

از تاریخ ۸ آذر الی ۲ دی ماه سال جاری کلاس‌های آنالیز مقدماتی spss در ۹ جلسه از ساعت ۱۷ تا ۱۹ در کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد. دکتر شبنم اسلام‌پناه از طرف مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات جهت شرکت در این دوره به معاونت پژوهشی دانشگاه متبوع معرفی شد. هدف از معرفی یکی از پزشکان این مرکز جهت شرکت در کلاس‌های spss ارتقا سطح آگاهی و توانمندی پزشکان محقق شاغل در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات بود که سیر تحقیقات در مقالاتی که توسط پزشک محقق ارائه می‌شود از نظر آماری و عملی دقیق‌تر باشد.

خلاصه عناوین و مطالب مورد بحث در این کلاسها به شرح زیر است. در جلسه اول مدرس این کلاس خانم احسنی در مورد فرآیند پژوهش، استقلال و وابستگی گروه‌های تحت مطالعه، تحلیل‌های تک عاملی و چند عاملی، انتخاب آزمون‌های آماری و داده پردازی مطالبی را ارائه نمودند. در جلسه دوم دستور select دستور weight، دستور compute و دستور Random sampling آموزش داده شد.

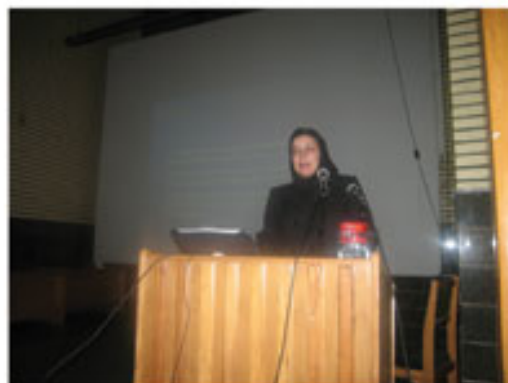
اجرای همایش مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم

دخانیات، وضعیت دخانیات در ایران و جهان صحبت نموده و آمار و ارقامی را در مورد شیوع استعمال دخانیات و همچنین وضعیت اجرای قانون جامع کنترل دخانیات در کشور به اطلاع حضار رساندند.

در قسمت بعدی دکتر زهرا حسامی در مورد اثرات دخانیات بر بانوان و همچنین نقش ماماها در کنترل دخانیات سخنرانی کرده و سپس خانم دکتر مهشید آریانبور درباره روش‌های مختلف ترک سیگار سخنرانی کردند. در نیم ساعت آخر برنامه نیز به سؤال و پیشنهادات پرداخته شد. مسئولین از این همایش استفاده نموده و خواستار برگزاری مجدد این گونه برنامه‌ها شدند.

در روز یکشنبه ۴ بهمن ۱۳۸۸ همایش مامایی در دانشگاه علوم پزشکی قم برگزار گردید. در این همایش بیش از ۳۰۰ ماما و پرستار شبکه بهداشتی درمانی و غیرخصوصی حضور داشتند که در این همایش مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات شرکت فعال داشت. هدف از برگزاری این همایش آشنایی ماماها با برنامه‌های کنترل دخانیات وضعیت موجود، اثرات سیگار بر روی زنان به ویژه مادران باردار و نقش این گروه (ماماها) در کنترل دخانیات بود.

در این برنامه ابتدا دکتر غلامرضا حیدری رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در مورد کلیات



اجرای برنامه‌های آموزشی از رادیو سلامت

مهشید آریانبور اجرا می‌گردد. کلیه علاقمندان می‌توانند به مباحث این برنامه که در رابطه با علل و عوامل زمینه ساز مصرف دخانیات و اعتیاد، مراحل تغییر، روشهای پیشگیری، علائم هشداردهنده و اهداف درمان و راههای آن و همچنین نقش تغذیه و ورزش در درمان می‌باشد استفاده نمایند.

رادیو سلامت با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در برنامه موج زندگی که بطور زنده پخش می‌شود، برنامه‌ای پیرامون دخانیات و اعتیاد تدوین نموده است. این برنامه که طی سه ماه زمستان سال جاری در روزهای شنبه از ساعت ۱۷ تا ۱۷/۳۰ پخش می‌شود توسط خانم دکتر

بزرگداشت روز ملی هوای پاک

دخانیات و شهرداری تهران به منظور سلامت شهروندی برگزار شد که در آن به عوارض مصرف دخانیات و نقش آن در آلودگی محیط می‌باشد اشاره گردید. مخاطبین و شرکت‌کنندگان در این برنامه مسئولان اجرایی شهرداری منطقه ۲ بودند.

در تاریخ ۳۰ دی ماه سال جاری به مناسبت روز ملی هوای پاک (۲۹ دی) سخنرانی با عنوان دخانیات و هوای پاک توسط خانم دکتر آریانبور در معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۲ واقع در اتوبان شهید فضل... نوری اجرا گردید. این برنامه با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل

ارائه گزارش نهایی "بررسی آگاهی و نگرش افراد سیگاری دربارهٔ قانون الصاق هشدارهای بهداشتی مصور بر روی پاکت سیگار قبل و بعد از اجرای آن در شهر تهران سال ۸۸-۱۳۸۷" توسط دکتر غلامرضا حیدری

است تا برچسب‌های هشدار بهداشتی مصور به روی پاکت های سیگار الصاق گردد، بر آن شدیم تا با بررسی آگاهی و نگرش افراد سیگاری در خصوص این موضوع قبل و بعد از اجرای این قانون (در پاییز ۸۷ و بهار ۸۸) از نظر عموم در این باره اطلاع پیدا کنیم و به دنبال این باشیم تا بدانیم آیا تصاویر انتخابی بر نوع انتخاب فرد سیگاری موثر بوده است یا خیر؟

روش اجرا: این یک مطالعه مقطعی توصیفی بود که در دو نوبت بر روی افراد سیگاری بر اساس حجم نمونه مورد نظر از تمامی نقاط شهر تهران انجام گردید. یک نقطه تصادفی در هر منطقه انتخاب گردید و پرسشگری براساس تعداد افراد مورد نیاز در هر منطقه از سمت راست و بالای آدرس خانوار انجام شد. در مرحله دوم نیز همان افراد مرحله اول مورد پرسشگری مجدد قرار گرفتند. شاخص‌های اندازه‌گیری شده شامل اطلاعات مربوط به مصرف سیگار، آگاهی از قانون فوق، کیفیت عکس‌ها و انتخاب تصویر نمونه و تأثیر بر روی الگوی مصرف سیگار بود.

یافته‌ها: ۱۷۳۱ نفر در مرحله اول و ۱۵۹۰ نفر در مرحله دوم پرسشگری شدند. مردان در هر دو مرحله حدود ۷۰٪ بودند. مصرف سیگارهای خارجی حدود ۶۰٪ و آگاهی از

مقدمه: برای تغییر دادن تصویر دخانیات در اذهان عمومی، استفاده از هشدارهای بهداشتی جامع درباره مضرات دخانیات بویژه در میان نوجوانان و جوانان ضروری است. مردم نیاز دارند تا با نهایت اعتیاد به دخانیات و مضرات بهداشتی متعاقب آن آشنا شوند و آن را یک رفتار اجتماعی نامطلوب و منفی ببینند. تمامی این موارد توسط اقدامات دولت و جامعه مدنی امکانپذیر می‌گردند.

مطمئناً درج هشدارهای بهداشتی بر روی پاکت‌های انواع محصولات دخانی تنها روشی است که همه مصرف کنندگان با این هشدارها روبرو می‌شوند. تولیدکنندگان محصولات دخانی همواره از بسته‌بندی محصولاتشان به عنوان سکویی برای ارتقای نام محصول و شناخت محصولاتشان بویژه در بین جوانان استفاده کرده‌اند. هشدارهای بهداشتی از تأثیر این بازاریابی می‌کاهد. قوانین اجباری کردن درج هشدارهای بهداشتی بر روی بسته‌های محصولات دخانی هیچ هزینه‌ای برای دولت‌ها ندارد.

با توجه به این مطلب که در سال ۱۳۸۶ دستورالعمل‌های اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات در وزارت بهداشت تأیید و تکمیل گردیده است و متعاقب اجرایی شدن قانون جامع ملی مبارزه با دخانیات بر اساس ماده ۵ مقرر شده



داخلی و عموماً در زنان و افراد با سن پایین‌تر مصرف می‌گردد. آگاهی از الصاق تصویر هشدار بهداشتی بروی پاکت سیگار به صورت معنی‌داری افزایش یافته است. نگرش به اثر مطلوب این قانون بدون تغییر باقی مانده است. پیش‌بینی کاهش مقدار مصرف سیگار بعد از اجرای این قانون محقق نشده است. کیفیت تصویر الصاقی بروی پاکت سیگار مناسب نمی‌باشد. بر اساس نظر افراد سیگاری تصویر سرطان حنجره و بیماری برگر مناسب‌تر است.

قانون در مرحله اول حدود ۴۰٪ و در مرحله دوم حدود ۹۵٪ بود. تأثیر مناسب قانون در مرحله اول حدود ۳۳٪ و در مرحله دوم حدود ۷٪ بود. کیفیت عکس الصاقی موجود در حدود ۱۰٪ نمرات مناسب گزارش شد و این تصویر رتبه آخر (۱/۷) در بین عکس‌های انتخابی را کسب کرد. تصویر بیماری برگر با ۴۳/۴٪ بیشترین مورد انتخاب را داشت. نتیجه‌گیری: سیگارهای خارجی بیشتر از سیگارهای



مصرف دخانیات موجب ابتلا به بیماری‌های تنفسی در کودکان می‌گردد.



بیماری برگر

مصرف سیگار موجب قطع لندهای تنهائی می‌گردد.



دخانیات سبب ابتلا به بیماری‌های دهان می‌شود.



مرگ

مصرف سیگار عامل اصلی مرگهای بدون علت است.



خودتان قضاوت کنید

زندگی

مرگ



سیگار سبب ابتلا به سرطان حنجره می‌شود.



ابطحی: تأسیس این واحد طبق مصوبه‌ای است که مجمع داشته و این کار از امروز شروع نشده بلکه کار ورود ماشین‌آلات با مجوزهای قانونی از ۳ سال قبل صورت گرفته است

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، در پاسخ به پرسشی مبنی بر اینکه طبق قانون تنها سیاست‌گذاری، نظارت و مجوز واردات انواع مواد دخانی توسط دولت انجام می‌شود آیا تولید مشترک هم مشمول این قضیه می‌شود؟ اظهار کرد: شرکت دخانیات شرکت انحصاری دولتی است و عموم مسائل مربوط به تولید داخلی، تولید مشترک و حتی واردات عمدتاً با مجوز شرکت دخانیات انجام می‌گیرد.

دکتر مسجدی با بیان این مطلب که هیچ موضوعی در کشور به اندازه سیگار زیان اقتصادی بر جامعه تحمیل نمی‌کند گفت: مبحث سیگار باید در جایی حل و فصل شود چرا که فقط مردم یک هزار و ۲۲۰ میلیارد تومان برای سیگار از جیب خود هزینه می‌کنند و بیش از سه برابر آن نیز از سوی دولت برای درمان هزینه می‌شود و در نهایت رقمی حدود ۷ هزار میلیارد تومان هزینه، بر جامعه تحمیل خواهد شد.

ابطحی در ادامه درباره جریان تولید وینستون در شمال کشور توضیح داد: مسائلی که دکتر مسجدی مطرح کردند بسیار اصولی و منطقی است و برای این مطالب احترام قائم اما در زنجیره تولید دخانیات نمی‌توان کالایی را یافت که زیان‌آور نباشد و مسئله تولید، با موضوع مصرف و نحوه تأمین آن مقولات جداگانه‌ای هستند که پرداختن به آنها در قالب چنین میزگردهایی بسیار مفید خواهد بود.

گفتگوی ویژه خبری

ششمین جلسه ستاد کشوری مبارزه با دخانیات مورخ ۲۱ دی‌ماه ۱۳۸۸ به خاطر خبرها، تصمیمات و مصوبات آن نسبت به دیگر جلسات ستاد متفاوت بود.

موضوع مخالفت این ستاد با تأسیس کارخانه وینستون خارجی در شمال کشورمان در شهر رشت که تولید آزمایشی آن از دو ماه پیش شروع شده، تصمیم‌گیری درباره تولید سیگار در داخل کشور و همین‌طور ابلاغ بخشهایی از قانون کنترل واردات و مبارزه با دخانیات از جمله خبرهایی است که در این جلسه ستاد مورد بررسی قرار گرفت.

به همین بهانه برنامه گفتگوی ویژه خبری شبکه دوم سیما در یکی از نشستهای خود با حضور دکتر محمدرضا مسجدی دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات و آقای ابطحی مدیرعامل شرکت دخانیات به بررسی ابعاد گوناگون موضوع دخانیات و ساخت سیگار جدید پرداخت.

دکتر مسجدی: مصوبات، جدید نیست عملی‌شدن آنها مشکل پیدا کرده بود

هیچ موضوعی در کشور به اندازه سیگار زیان اقتصادی بر جامعه تحمیل نمی‌کند

سیگار ۷ هزار میلیارد تومان هزینه، بر جامعه تحمیل خواهد کرد

دکتر محمدرضا مسجدی در ابتدای این برنامه درباره اخبار مربوط به جلسه اخیر ستاد کشوری مبارزه با دخانیات گفت: این مصوبات از دوره جلسه سوم (مهرماه سال گذشته) تصویب شده اما عملی کردن آنها مشکلاتی پیدا کرده بود تا اینکه با مطرح شدن خبر احداث واحد تولید وینستون در گیلان، ستاد جلسه اضطراری برگزار کرد و طبق مصوبات جدید ستاد، شرکت دخانیات موظف شد میزان تولید داخلی، تولید مشترک و واردات را هر ۵ یا ۶ ماه یک بار اعلام کند تا هر گونه توسعه و ایجاد واحد صنعتی و یا هر گونه حرکت در زمینه دخانیات در کشور در این ستاد مورد بررسی قرار بگیرد.

مجری برنامه: جریان تولید کارخانه وینستون در گیلان چیست؟

این شهر فعالیت خود را آغاز کرد و امروز ما به تولید مشترک رسیدیم.

مدیرعامل شرکت دخانیات معتقد است آنچه باید به دنبالش باشیم کاهش مصرف داخلی و در مرحله بعدی مبارزه با قاچاق است.

آقای مجری در ادامه برنامه عنوان کرد اگر این قانون غلط بود چرا همان زمان اقدام مناسب صورت نگرفت؟



مسجدی
رئیس جمعیت مبارزه با دخانیات

دکتر مسجدی: مالکیت وینستون متعلق به R.J. Reynolds آمریکا است

آمریکا به غیر از بحث سیگار در کجا مستقیم یا غیرمستقیم با ما وارد سرمایه‌گذاری شده؟ آماده کردن زمینهای حاصلخیز شمال برای کشت توتون با منافع ملی سازگار نیست

ابطحی در پاسخ به پرسش دکتر مسجدی مبنی بر اعلام رقم سرمایه‌گذاری برای مجموعه وینستون اظهار کرد: الان نمی‌توان اعداد را به صورت دقیق اعلام نمایم، سپس دکتر مسجدی در پاسخ به سخنان ابطحی مبنی بر اینکه کمپانی وینستون متعلق به GTI است گفت: مالکیت وینستون متعلق به R.J. Reynolds آمریکا است، ۲ کمپانی بزرگ در آمریکا وجود دارد که یکی از آنها فیلیپ‌موریس است که شاخص آن سیگار مارلبورو است و دیگری شرکت R.J. Reynolds است که شاخص آن سیگار وینستون می‌باشد و اگر ژاپن و کشور دیگری به طور ثالث وارد می‌شود بصورت غیرمستقیم از طرف آمریکا هدایت می‌شود.

دکتر مسجدی تصریح کرد: سؤال اینجاست که آمریکا به غیر از بحث سیگار در کجا مستقیم یا غیرمستقیم با ما وارد سرمایه‌گذاری شده؟ حتی اگر دارویی بخواهد با واسطه به کشور وارد شود هزاران مشکل ایجاد می‌شود اما آنها به راحتی حاضر هستند در زمینه سیگار سرمایه‌گذاری کنند.

وی افزود: شرکت دخانیات مجموعه افسارگسیخته بدون مقررات نیست و مجمع عمومی شرکت، برنامه راهبردی را برای شرکت دخانیات تصویب کرده که کلیه فعالیت‌های ما در این برنامه مشخص شده است.

مدیرعامل شرکت دخانیات در پاسخ به پرسش مجری مبنی بر اینکه مجمع شرکت دخانیات شامل چه کسانی است اظهار کرد: مجمع عمومی شرکت دخانیات شامل وزرای بازرگانی، اقتصاد و امور دارایی، کشاورزی است و وزیر صنایع به عنوان ریاست مجمع انتخاب شدند و بومی سازی تولید به منظور کاستن از حجم واردات از تصمیمات همین مجمع است.

مدیر عامل شرکت دخانیات: حجم بالایی از مصرف داخلی سیگار کشورمان، سیگار وینستون است

در مجمع به ما تکلیف شد که سالیانه به سراغ کمپانی اصلی برویم طبق برنامه بایستی سالیانه با شرکای خود تولید مشترک داشته باشیم

ابطحی درباره اینکه آقای غضنفری عضو مجمع شرکت دخانیات در جلسه ستاد کشوری مطالب دیگری را مطرح کردند گفت: احساس می‌کنم که برادر بزرگوارمان جناب آقای ابطحی به مطالبی که خود ایشان با وزیر سابق بازرگانی تصویب کردند رجوع نکرده‌اند، حجم بالایی از مصرف داخلی سیگار کشورمان، سیگار وینستون است و در مجمع به ما تکلیف شد که سالیانه به سراغ کمپانی اصلی برویم ضمن آنکه به آنها تا حدی که در برنامه تعیین شده اجازه واردات می‌دهیم با آنها قرارداد مشترک امضاء می‌کنیم.

وی با بیان این مطلب که برنامه ما با مطالعات خاص تدوین شده گفت: طبق این برنامه ما بایستی سالیانه شرکای خودمان را که واردکنندگان اصلی هستند بیاوریم و با آنها تولید مشترک داشته باشیم و در تولید مشترک هر میزان تولید شود، از واردات کاسته خواهد شد به گونه‌ای طی مدت ۴ سال دیگر از آن برند واردات نداشته باشیم.

مدیرعامل شرکت دخانیات با بیان این مطلب که فعالیت شرکت دخانیات کاملاً قانونی بوده اظهار کرد: تأسیس این واحد طبق مصوبه‌ای است که مجمع داشته و این کار از امروز شروع نشده بلکه کار ورود ماشین‌آلات با مجوزهای قانونی از ۳ سال قبل صورت گرفته و این برند به دلیل امکانات زیر بنایی مناسب استان گیلان در این

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، با اشاره به زیربنای مناسب زمینهای گیلان اظهار کرد: بهترین زمینهای کشاورزی کشور در گیلان است و به جای کاشتن برنج، جای و ... در آنها، زمینهای حاصلخیز برای کشت توتون آماده می‌شود که این امر با منافع ملی کشور سازگار نیست.

دکتر مسجدی افزود: بنا به گفته جناب آقای غضنفری سلامت در صحن دولت جزء محورهای اساسی است که دولت به آن توجه می‌کند دقیقاً دولت با هر جا و هر موضوعی که با سلامت مردم منافات داشته باشد برخورد می‌کند.

ابطحی در پاسخ به پرسش مجری مبنی بر اینکه شما چطور قاچاق را کم کرده‌اید؟ گفت: در قراردادهای مشترک سراغ کمپانی‌هایی رفتیم که در بازار سهم داشتند و این سهم را غیررسمی و به طور قاچاق وارد و به طور غیرقانونی در شبکه‌های خودشان توزیع می‌کردند.

مدیرعامل شرکت کنترل دخانیات با ابراز تأسف از اینکه هیچ کنترلی روی سیگار صورت نمی‌گیرد اظهار کرد: ما توانستیم با کارهای نرم‌افزاری و نشست‌های فراوان داخل و خارج از کشور کمپانی‌ها را سر میز مذاکره بیاوریم و با امضای توافقنامه آنها را مجاب کردیم واردات خود را از طریق رسمی انجام دهند حقوق و عوارض دولت را بپردازند و اجازه دارند بخشی از تولیدشان را در داخل کشور تولید کنند.

ابطحی: ستاد کشوری مبارزه با دخانیات باید به گونه‌ای فرهنگسازی کند که فرد سیگاری سیگار نکشد

سیگارهای وارداتی با کنترل ما در بازار به عنوان سیگار غیر اصلی شناخته می‌شود و سیگارهای خارجی که بدون کنترل وارد می‌شوند به عنوان سیگار اصلی شناخته می‌شود

ابطحی درباره‌ی افزایش سهم قاچاق از مصرف از ۱۰ درصد به ۳۱ درصد توضیح داد: این عدد توسط خود من در مصاحبه‌ای اعلام شد و کاملاً صحیح است اما معتقد هستم که وظیفه ستاد کشوری مبارزه با دخانیات تنها این نیست که تصاویر هشداردهنده بهداشتی را روی پاکت‌های سیگار الصاق نماید بلکه باید به گونه‌ای فرهنگسازی کند که فرد سیگاری سیگار را کنار بگذارد و این سم مهلک را به بدن خود تزریق نکند.

وی در پاسخ به پرسش حیدری مبنی بر اینکه شما

معتقد به مبارزه با عرضه نیستید بلکه با مبارزه در طرف تقاضا موافق هستید گفت: با مبارزه در عرضه هم موافق هستم و معتقدم باید به شرکت دخانیات در زمینه مبارزه با مصرف دخانیات جایزه دهند.

ابطحی در پاسخ به پرسش مجری مبنی بر اینکه شرکت دخانیات از طرفی می‌خواهد سود کند و از طرف دیگر چگونه می‌تواند با فروشنده و تولیدکننده مبارزه کند؟ افزود: پس از اعلام اجبار چاپ تصاویر بهداشتی روی پاکت‌های سیگار ما تصاویر را چاپ کردیم و همان زمان گفتیم که اگر تصاویر چاپ شود و ستاد مبارزه با دخانیات کشور در زمینه آن فرهنگسازی نکند مردم ممکن است این سیگار را نکشند اما قطعاً سراغ سیگار قاچاق خواهند رفت.

وی با اشاره به تولید ۲۵ میلیارد نخ توسط شرکت دخانیات اظهار کرد: سیگارهای خارجی که با این علائم وارد می‌شود هولوگرام ما را می‌گیرند، در بازار توزیع و به عنوان سیگار اصلی شناخته می‌شوند در حالیکه سیگارهایی که از خارج وارد می‌شود و ما روی آن کنترل داشتیم به عنوان سیگار غیر اصلی شناخته می‌شود.

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات: چگونه باید فرهنگسازی کرد؟ با احداث کارخانجات تولید سیگار یا قرارداد بستن با شرکت وینستون ابطحی: آیا اگر شرکت دخانیات سیگار تولید نکند و حتی مجوز واردات به سیگار ندهد مصرف کنندگان ۱۱ میلیون نفری سیگارشان را دور خواهند انداخت؟

ابطحی با تأکید بر اینکه بازار به شدت به سمت قاچاق پیشرفته است گفت: پس از ۵ سال مبارزه با قاچاق که آمار آن را از ۴۵٪ بازار مصرف به ۱۰٪ رساندیم، کم‌کم به سمتی سوق پیدا خواهیم کرد که بازار آماده را در اختیار کمپانی‌هایی قرار می‌دهیم که معلوم نیست در کجا تولید می‌شوند.

دکتر مسجدی در ادامه سخنان ابطحی با بیان این مطلب که مردم دیگر باور ندارند که ما واقعاً قصد مبارزه با دخانیات را داریم گفت: وقتی در بین مردم باشیم از ما خواهند پرسید که چگونه است شما از طرفی مصوبات را تصویب می‌کنید و از طرف دیگر شرکت دخانیات کارخانه احداث می‌کند، واحد صنعتی تولید و آن را توجیه می‌نماید.

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات تصریح کرد:

ایشان می‌فرمایند باید فرهنگ‌سازی کرد چگونه؟ با احداث کارخانجات تولید سیگار؟ یا قرارداد بستن با شرکت وینستون این امر امکان‌پذیر خواهد شد. وی با اشاره به اینکه مجمع عمومی شرکت دخانیات تنها به دنبال کسب بوده است ادامه داد: ما طی چندین جلسه خدمت شرکت دخانیات رسیدیم و از شرکت خواستیم با تنظیم برنامه‌ای اعلام کند که می‌خواهد به کدام سو حرکت نماید، تولید و تولید مشترک را در چارچوب قرار دهد و شرکت متعهد باشد سالیانه ۵٪ از مصرف دخانیات کاسته شود.

در ادامه برنامه گفتگوی ویژه خبری مجری خطاب به ابطیحی پرسید که آیا شما با قبول این تعهدات موافق هستید و ابطیحی توضیح داد: من پیشنهاد بهتری دارم در صورتی که شرکت دخانیات سیگار تولید نکند و حتی مجوز واردات به سیگار ندهد آیا مصرف‌کنندگان که حدود ۱۱ میلیون نفر هستند سیگارشان را دور خواهند انداخت.

ابطیحی: سیاستگذاری ستاد کشوری مبارزه با دخانیات منجر به محدود کردن تولید و فعال کردن بازار قاچاق شده است

دکتر مسجیدی: آیا با احداث کارخانه وینستون در ایران مشکل قاچاق برطرف خواهد شد؟

وی با اشاره به افزایش ۱۷٪ مصرف دخانیات در کشور طی سال گذشته افزود: ستاد مبارزه با دخانیات نتوانسته هیچ گامی را جهت کاهش مصرف بردارد در حالیکه شرکت دخانیات اجازه نداد هیچ برند جدیدی وارد بازار شود و هیچ واردکننده‌ای نمی‌تواند به راحتی جنس خود را وارد کند.

ابطیحی سیاستگذاری ستاد کشوری مبارزه با دخانیات را منجر به محدود کردن تولید و فعال کردن بازار قاچاق دانست و خاطرنشان ساخت: شرکت دخانیات خود در چاپ تصاویر بهداشتی و هولوگرام پیشقدم شد اما کارتن‌ها در انبار مانده چون جامعه این سیگارها را نمی‌خرد و به دنبال سیگار اصلی است.

وی با طرح این پرسش که آیا انجام این امر خیر می‌بایست با گرم کردن بازار قاچاق صورت می‌گرفت عنوان کرد: با صدای بلند می‌گویم که اگر این روند ادامه یابد ۲۵ میلیارد ظرفیت تولید ما و اشتغال ۱۵ هزار نفری درگیر با امر تولید نابود خواهد شد.

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات در این خصوص متذکر شد آیا با احداث کارخانه وینستون در

ایران مشکل قاچاق برطرف خواهد شد؟ ابطیحی در ادامه برنامه گفتگوی ویژه خبری شبکه دوم سیما در پاسخ به پرسش مجری مبنی بر اینکه آیا اگر شما ۳۵ میلیارد نخ تولید کنید نیازتان به واردات مرتفع خواهد شد؟ توضیح داد: یکی از مشکلات بازار سیگار این است که ذائقه افراد سیگاری به یک نوع سیگار عادت می‌کند و هر سیگاری را که در داخل تولید کنید اگر آن ذائقه را تأمین نکنند سیگار شما را نخواهد کشید. وی افزود: حتی شرکت دخانیات بلیوردهایی را به منظور مبارزه با مصرف در بزرگراهها نصب کرد که بر علیه آن اعلام جرم صورت گرفت و دکتر مسجیدی در پاسخ اظهار کرد اعلام جرم به این خاطر است که وظایف شرکت دخانیات موارد دیگری است.

دکتر مسجیدی در ادامه برنامه درباره قانون افزایش مالیات قیمت فراورده‌های دخانی که حداقل ۱۰ درصد افزایش می‌یابد تا ۲ درصد جمع مالیات مأخوذه از فراورده‌های دخانی به حساب خزانه‌داری کل واریز و پس از طی مراحل قانونی در جهت آموزش، تحقیقات و فرهنگی استفاده شود اذعان داشت که این قانون هنوز عملی نشده است.

ابطیحی با اشاره به پرداخت ۱۰۰ میلیارد تومان بر اساس همین قانون به خزانه داری دولت اظهار کرد: طبق ردیابی‌هایی که انجام دادیم قسمت عمده‌ای از این اعتبار به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داده شده و وزارتخانه موظف است این مبلغ را در اجرای این قانون هزینه کند نه اینکه با آن پول بیمارستان خود را تجهیز نماید.

دکتر غفاری: درآمدهای وصولی حاصل از مالیات باید جهت اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات هزینه شود

در طول سال جاری تاکنون این اعتبار به دست وزارت بهداشت نرسیده تا بتواند از آنها استفاده کند

در ادامه برنامه دکتر غفاری، دبیر ستاد کشوری مبارزه با دخانیات طی تماس تلفنی درباره درآمدهای وصولی حاصل از مالیات گفت: این درآمدها باید جهت اجرای برنامه های کنترل دخانیات و پاسخگویی به نیازهای درمانی عوارض دخانیات هزینه شود.

وی افزود: یک قسمت از وزارت بهداشت پاسخگوی عوارض مصرف سیگار در کشور و گسترش نظام شبکه های بهداشتی و درمانی است و وظایف آموزشی، پژوهشی و

پژوهشی و خدماتی از جمله وظایفی است که منجر به کاهش مصرف مواد دخانی می‌شود.

دکتر غفاری تأکید کرد: قسمت عمده آموزش فرهنگی از طریق نظام شبکه کلینیک‌های ترک دخانیات، آموزش در رده‌های تخصصی در نظام شبکه برای پزشکان و پرستاران و افرادی که مستقیماً با جامعه در تماس هستند و همچنین فعالیتهای آموزشی در آموزش و پرورش و اماکن عمومی انجام می‌گیرد.

دبیر ستاد کشوری مبارزه با دخانیات با اشاره به دریافتی ۶۰ میلیارد وزارت بهداشت در سال گذشته اظهار کرد: این درآمد در قالب برنامه‌های فوق‌الذکر هزینه شده اما در طول سال جاری تاکنون این اعتبار به دست وزارت بهداشت نرسیده تا بتواند در اجرای برنامه‌ها از آن استفاده کند.

دکتر غفاری درباره اینکه آقای ابطحی رقم این اعتبار را ۲۰۰ میلیارد تومان عنوان می‌کنند گفت: ارائه آمار و اطلاعات در خصوص این اعتبارات و میزان مصرف مواد دخانی مبنای درستی ندارد و صحیح نیست و ایشان باید در زمینه این آمار پاسخگو باشند.

ابطحی در پاسخ به غفاری عنوان کرد: ما برای برآورده کردن نیاز بازار یک سری آمار گیری‌های نمونه در سطح کشور انجام دادیم و نیاز مصرف را در جداولی تهیه کرده‌ایم که در سال ۸۶ برآورد شرکت ۵۲ میلیارد بوده و در سال ۸۷ به ۶۰/۲ میلیارد رسید و امسال هم با رشد ۱/۷ پیش‌بینی می‌شود به حدود ۶۲ میلیارد برسد.

مجری: چرا آقای ابطحی عضو ستاد نمی‌شوند؟

دکتر غفاری: فکر می‌کنم ایشان چهره محبوب کمپانی‌های دخانیات در جهان باشند

دکتر مسجدی: عضویت آقای ابطحی در ستاد بر خلاف کنوانسیون و معاهده جهانی کنترل دخانیات است البته ایشان می‌توانند به مجموعه‌های زیر گروه و کمیته‌های خاص دعوت شوند

دکتر غفاری در پاسخ اظهار کرد: این آمار مبنای برآورد نیست و در حال حاضر شرکت دخانیات هم برای کمیته کشوری مبارزه با دخانیات تعیین وظیفه می‌کند، هم آمار مصرف می‌دهند و هم می‌توانند پای کمپانی‌های بین‌المللی را در کشور باز نمایند و محفل برنامه‌های کنترل دخانیات هستند و از طرف دیگر می‌گویند ما دوست نداریم سیگار تولید شود.

دبیر ستاد کشوری مبارزه با دخانیات در پاسخ به پرسش مجری مبنی بر اینکه چرا آقای ابطحی عضو ستاد نمی‌شوند گفت: به این دلیل که احساس می‌کنم

که ایشان باید چهره محبوب کمپانی‌های دخانیات در جهان باشند.

دکتر مسجدی در این باره متذکر شد: عضویت آقای ابطحی در ستاد برخلاف کنوانسیون و معاهده جهانی کنترل دخانیات است البته ایشان می‌توانند به مجموعه‌های زیر گروه و کمیته‌های خاص دعوت شوند. ابطحی در ادامه دیدن واقعیت و پرهیز از برخورد عصبی با موضوعات را ضروری دانست افزود: با گفتن اینکه ما شاگرد اول هستیم و خوب عمل کردیم نمی‌توان صورت مسئله را پاک کرد جناب آقای غفاری به شرکت دخانیات فشار آوردند و من هم به عنوان مدیرعامل دولتی صد در صد به مصوبات ستاد عمل کردم اما نتیجه اش این بود که قاچاق از ۱۰ درصد به ۳۱ درصد تبدیل شد.

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات: بهترین راه مبارزه با قاچاق وارد کردن لیست عمده‌فروشها و خرده‌فروشها در سامانه وزارت بازرگانی است

دکتر مسجدی بهترین راه مبارزه با قاچاق را در این دانست که وزارت بازرگانی با گرفتن لیست خرده‌فروشها و عمده‌فروشها از شرکت دخانیات آن لیست را وارد سامانه نماید و شبکه را کنترل نماید. وی با تأکید بر اینکه با احداث کارخانه وینیسون در گیلان قاچاق کاهش نمی‌یابد گفت: قاچاق روند و فرمول خاص خود را دارد و نیازمند برنامه جامع همه منظوره‌ای است که ارتباطی با موضوع بحث ما ندارد.

او معتقد است اگر شرکت دخانیات با ستاد مبارزه با قاچاق کالای وزارت بازرگانی هماهنگ باشد و به مردم در خصوص سیگارهای با تصاویر بهداشتی و با کیفیت و بی‌کیفیت هشداردهنده بسیاری از مشکلات حل خواهد شد.

مدیرعامل شرکت دخانیات: جایزه مبارزه با دخانیات متعلق به شرکت دخانیات است چرا که هیچ تولیدکننده‌ای بر علیه تولید خود مبارزه نمی‌کند

با در انبار ماندن سیگارهای ما بازار از جنس قاچاق پر خواهد شد

ابطحی در ادامه شرکت دخانیات را نخستین شرکتی در ایران عنوان کرد که داوطلبانه ایران کد گرفته است و افزود: همه اطلاعات ما در سامانه وارد شده و شرکت دخانیات دارای عامل استانی و عامل کلی است که تمام عوامل دارای کد هستند اما از اینجا به بعد عاملین جزء در کشور پراکنده هستند و هیچ کنترلی روی آنها صورت نمی‌گیرد.

۵۰٪ سطح سیگار باید هشدارهای بهداشتی باشد که این امر اتفاق نیفتاد و یا به شیوه‌هایی انجام شد که جذابیتی نداشت.

این عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس افزود: در ارتباط با مسائل آموزشی پژوهشی و مسائل فرهنگی کار چندانی صورت نگرفته اما سؤال من از آقای ابطی این است که آیا با احداث کارخانه وینستون در شمال مردم به این سیگار تمایل پیدا نمی‌کنند و باعث افزایش مصرف نخواهد شد؟ آیا این تبلیغی برای سیگار نیست؟ اینها سؤالاتی است که باید جواب آنها را پیدا کنیم.

رنجبرزاده: چرا نتایج آزمایشهای سیگارهای خارجی نامرغوب توسط صدا و سیما و یا دیگران به اطلاع مردم رسانده نشده است؟

وی با اشاره به مورد تصویب قرار گرفتن مصوبات بسیار خوبی در جلسه اخیر ستاد از اینکه نتایج آزمایشهای سیگارهای خارجی نامرغوب توسط صدا و سیما و یا دیگران به اطلاع مردم رسانده نشده انتقاد کرد.

رنجبرزاده با بیان این مطلب که در سال جاری تاکنون اعتباری به وزارت بهداشت درمان داده نشده تأکید کرد: سال گذشته میزان اعتبارات در ارتباط با کلینیک‌های ترک اعتیاد، آموزش به پزشکان و مدارس و یک سری تبلیغات خاص در دبیرستانها هزینه شد.

رنجبرزاده افزود: تا کنون نتایج آزمایشات انجام شده به ستاد کشوری داده نشده و از من هم به عنوان ناظر مجلس بر شرکت دخانیات برای حضور در جلسات دعوت نشده است.

ابطی در واکنش به سخنان رنجبرزاده، علائم و هشدارهای بهداشتی را مربوط به طراحی خود وزارت بهداشت و ستاد کشوری مبارزه با دخانیات دانست و افزود تمامی مدارک ستاد در قالب CD به ما ارائه می‌شود و ما آن را به عنوان نمونه چاپ می‌کنیم و بدون امضاء ستاد آنها روی سیگار الصاق نمی‌شود.

وی با بیان این مطلب که شرکت دخانیات به سمت بومی‌سازی حرکت می‌کند گفت: ما در حال حاضر سیگاری را در شرکت دخانیات به نام Zika عرضه کردیم که جای مونتانا و مگنا را گرفته تا بتوانیم مصرف کنندگان را از کشیدن سیگار مگنا بازنمایی کنیم تا به کشیدن سیگار داخلی روی بیاورد.

مجری: چرا اعتبار امسال تاکنون پرداخت نشده؟ ابطی: میزان واردات و مقدار تولیدات مشترک ما

وی به این دلیل معتقد است جایزه مبارزه با دخانیات متعلق به شرکت دخانیات است چرا که هیچ تولیدکننده‌ای حاضر نیست با مسئله تولید خود مبارزه کند و در چاپ تصاویر بهداشتی پیشقدم باشد.

ابطی مصوبات اخیر ستاد کشوری مبارزه با دخانیات را خلاف قانون اصل ۴۴ مجلس شورای اسلامی دانست و تصریح کرد: نخ سیگار وارداتی در برنامه‌ها مورد تصویب قرار گرفته و ابطی غولی نیست که بتواند هر طور که بخواهد با واردات عمل نماید و حتی نسبت به یک عدد سیگار بالاتر از سقف واردات باید پاسخگوی بازرسی کل کشور باشم.

وی با اشاره به انجام کار فوق‌العاده افزایش حق‌الکشف اظهار کرد: به منظور تقویت نیروهای کاشف سیگار جوایز را ده برابر کردیم و حتی در مجامع مختلف از جمله دانشگاهها و دبیرستانها حضور پیدا کرده و مضرات سیگار را تشریح کردیم.

وی تأکید کرد: اگر با قاچاق برخورد شدید و اصولی صورت بگیرد مشکلات حل خواهد شد و با در انبار ماندن سیگارهای ما بازار از جنس قاچاق پر خواهد شد و در این صورت فقط به تولیدکننده فشار خواهد آمد.

مجری: شرکت دخانیات می‌گوید قوانین دولتی را اجرا می‌کند، ستاد کشوری مبارزه با دخانیات هم معتقد است مصوبات را اجرا می‌کند آیا برداشت‌ها از قانون متفاوت است یا ما قوانین متعارض داریم؟ رنجبرزاده: قوانین رعایت نمی‌شود، ۵۰ درصد سطح سیگار باید حاوی هشدارهای بهداشتی باشد، الصاق هشدارها به نحوی صورت گرفت که جذابیت نداشته باشد.

ابطی: علائم و هشدارهای بهداشتی را مربوط به طراحی خود وزارت بهداشت و ستاد کشوری مبارزه با دخانیات است

در ادامه دکتر رنجبرزاده (عضو کمیسیون بهداشت درمان مجلس شورای اسلامی) پشت خط تلفنی قرار گرفت و حیدری از وی پرسید شرکت دخانیات می‌گوید قوانین دولتی را اجرا می‌کند، ستاد کشوری مبارزه با دخانیات هم معتقد است مصوبات را اجرا می‌کند آیا برداشت‌ها از قانون متفاوت است یا ما قوانین متعارض داریم که رنجبرزاده پاسخ داد: برداشت من از قوانین مرتبط با دخانیات این است که قوانین رعایت نمی‌شود آقای ابطی فرمودند هشدارهای بهداشتی را به صورت ۱۰۰٪ روی پاکت‌های سیگار چاپ کردند در صورتی که

به قدری کم بود، که به طور قطع تا پایان سال کسری بزرگی پیدا خواهد کرد
دکتر مسجدی: کل برنامه شرکت دخانیات ایران باید در ستاد کشوری مبارزه با دخانیات منظم و زمان‌بندی شده و هدفمند باشد
شرکت دخانیات در هیچ جای دنیا برای دولت سود ندارد و برای ایران هم سود نخواهد داشت

مدیرعامل شرکت دخانیات در پاسخ به پرسشی مبنی بر اینکه چرا اعتبار امسال ما تاکنون پرداخت نشده توضیح داد: امسال میزان واردات و مقدار تولیدات مشترک ما به قدری کم بود، که به طور قطع تا پایان سال کسری بزرگی پیدا خواهد کرد و خوش به حال قاچاق که از این بازار سود خود را برد.

ابطحی درباره اینکه چرا سیگار بهمن را خصوصی کردید اظهار کرد: بر طبق مجوز و مصوب مجمع، شرکت دخانیات برای خصوصی‌سازی باید بخشی خصوصی را در امر تولید سیگار وارد نماید و بخشی از بازار را به او بدهد و من هم به عنوان شرکت دخانیات باید تکالیف مجمع را انجام دهم و در همین راستا سیگار بهمن به سه کمپانی واگذار شده است.

دکتر مسجدی با تأکید بر اینکه قاچاق و تولید هر یک جای خود را دارد گفت: کل برنامه شرکت دخانیات ایران باید در ستاد کشوری مبارزه با دخانیات منظم و زمان‌بندی شده و هدفمند باشد و اگر غیر از این باشد فقط بحث محاوره‌ای داشته‌ایم.

وی تأکید کرد: افزایش ۱/۷ درصدی مصرف سیگار نشان دهنده آن است یک جای کارمان عیب دارد و باید اصلاح شود یا ستاد کشوری مبارزه با دخانیات به درستی به وظایف خود عمل نمی‌کند یا صدا و سیما وزارت فرهنگ و کل تشکیلاتی که در فرهنگ کار می‌کنند کار خوبی ارائه نمی‌کنند که ما با افزایش آمار مواجه هستیم و یا اینکه اجرای قوانین ممانعتی محدودیتهایی دارد.

مسجدی در پاسخ به سؤال مجری مبنی بر اینکه شرکت دخانیات ماهیتش دولتی است و براساس قانون تجارت اداره می‌شود اظهار کرد: هم سلامت و هم بیماری در دست دولت است. هر چه سیگار بیشتر عرضه شود بالتبع آن بیماریهای بیشتری برای مردم بوجود می‌آید و هر اندازه مردم در این زمینه از جیب خود هزینه کنند دولت هم ۳ برابر آن را برای درمان خرج می‌کند. شرکت دخانیات در هیچ جای دنیا برای دولت سود ندارد و برای ایران هم سود نخواهد داشت.

دکتر غفاری در ادامه درباره عدم حضور شرکت دخانیات

در جلسه ستاد کشوری مبارزه با دخانیات توضیح داد: ما دهها جلسه کارشناسی و کاری خود را که خوراک مناسبی برای جلسات ستاد فراهم می‌کند با حضور آقای ابطحی و کارشناسان آنها برگزار کردیم اما حضور شرکت‌های تولیدکننده مواد دخانی در جلسات ستاد از سوی کنوانسیون ممنوع است.

دکتر غفاری: شرکت دخانیات با گارگروههای تخصصی جهت اجرای مصوبات همکاری نمی‌کند
دوستان در شرکت دخانیات حتی تصویر اول را با کیفیت پایین چاپ کردند و اجازه ورود تصاویر بعدی را به بازار ندادند

ابطحی: سخنان دکتر غفاری غیرمنصفانه است
دکتر غفاری از عدم همکاری شرکت دخانیات با گارگروههای تخصصی جهت اجرای مصوبات انتقاد کرد و افزود: نمونه این عدم همکاری در خصوص الصاق هشدار بهداشتی، قابل ملاحظه است چرا که ما باید الان به تصویر سوم می‌رسیدیم اما دوستان در شرکت دخانیات حتی تصویر اول را با کیفیت پایین چاپ کردند و اجازه ورود تصاویر بعدی را به بازار ندادند.

ابطحی سخنان دکتر غفاری را غیرمنصفانه خواند و متذکر شد: طبق خواست ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق تمام آمار و ارقام برنامه‌ریزی استراتژی را در اختیارشان قرار دادیم و تصویر اول، دوم را آماده کردیم (تصویر سوم از اسفند ماه آماده می‌شود) اما متأسفانه تمام انبارها پر از ۹ میلیارد تومان سیگار تولید شده است که شبکه توزیع آن را نمی‌خرد.

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات: عدم خرید سیگارهای دارای هشدارهای بهداشتی از سوی مردم نشان دهنده تأیید دقیق اثرگذاری چاپ تصاویر و هشدارهای بهداشتی روی پاکتهای سیگار است

دکتر مسجدی در پاسخ اظهار کرد: هدف از چاپ تصاویر آن است که از سوی مردم خریداری نشود و این عدم خرید از سوی مردم نشان دهنده تأیید دقیق اثرگذاری چاپ تصاویر و هشدارهای بهداشتی روی پاکتهای سیگار است.

ابطحی ادامه داد: مردم سیگار طرح پا را نمی‌خرند اما سیگار قاچاقی را خریداری می‌کنند و دکتر مسجدی پاسخ داد: براساس مطالعه مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات ۲۰ نقطه شهر تهران نشان‌دهنده آن است که مردم اعلام کردند کشیدن عکس پا سبب می‌شود سیگار نکشیم.

دکتر مسجدی: همان‌هایی که سیگار مالبرو را تولید می‌کنند آن را به درون ایران هم هدایت می‌کنند ابطحی: بزرگترین قاچاقچی‌های دنیا خودشان تولیدکننده هستند

دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات در پاسخ به اینکه چه افرادی کار توزیع قاچاق را انجام می‌دهند اظهار کرد: همان‌هایی که سیگار مالبرو را تولید می‌کنند آن را به درون ایران هم هدایت می‌کنند و ابطحی با تأیید این مطلب گفت: بزرگترین قاچاقچی‌های دنیا خودشان تولیدکننده هستند.

دکتر مسجدی در پایان سخنان خود پیشنهاد داد اگر سیاست شرکت دخانیات اعتقاد به کاهش مصرف سیگار در درازمدت است باید برنامه‌های خود را در قالب چارچوبی بنویسد و به آن عمل نماید.

ابطحی در پاسخ اظهار کرد: صحبت‌های جناب آقای دکتر مسجدی به عنوان شخصیتی منصف قابل قبول است اما اگر آقای دکتر غفاری بگویند که در زمینه کنترل مصرف موفق بودماند سخنانشان پذیرفته نیست.



دبیر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات با بیان این مطلب که چاپ تصاویر بهداشتی روی پاکت‌های سیگار و تاثیر آن بر کاهش مصرف ابداع ما نیست گفت: انجام این فعالیت در تمام دنیا موفقیت‌آمیز بود و اگر مشکل ما این است که قاچاق وجود دارد قاچاق هم باید راه خودش را پیدا کند.

دکتر غفاری در خصوص الصاق تصاویر بهداشتی یادآور شد: ما مجموعه‌ای از اقدامات را تدارک دیده بودیم که اگر مجموعه آن انجام می‌شد تأثیرات خود را می‌گذاشت و مجموعه مطالعات ما نشان‌دهنده آن است که این تصاویر بسیار تأثیرگذار بوده است.

وی افزود: با ایجاد شبکه مجاز فروش، وجود سیگار مجاز با هشدارهای بهداشتی، ضرب‌الاجل مشخص برای اینکه سیگارهای فاقد هشدارهای بهداشتی جز سیگارهای غیرقانونی تلقی شود فضایی ایجاد خواهد شد که در آن سیگارهای در دسترس جامعه حاوی پیام خواهند بود و در این صورت سیستم‌های مبارزه با قاچاق می‌توانند سیگارهای قاچاق را شناسایی کنند.

دکتر غفاری با بیان اینکه ستاد کنترل کشوری مبارزه با دخانیات هیچگاه مخالف تولید نبوده چرا که حدی از مصرف‌کننده همواره وجود دارد گفت: مشکل در جای دیگر است و دوستان ما در شرکت دخانیات عددی را مبنای خود قرار داده‌اند که نادرست است چرا مطالعات ما نشان می‌دهد که این رقم بین ۳۰ تا ۴۰ میلیارد نخ باید باشد.

مدیر عامل شرکت دخانیات: شرکت دخانیات عاملین کل و عاملین استانی را کنترل کرده است
دکتر مسجدی: موضوع قاچاق با احداث وینستون در استان گیلان حل نخواهد شد.

ابطحی در ادامه با بیان این مطلب که شرکت دخانیات عاملین کل و عاملین استانی را کنترل کرده و توزیع را ثبت می‌کند گفت: این در حال است که تمام شبکه‌های توزیع سیگارهای قاچاق فروشنده هستند و مسئول آنها وزارت بازرگانی است.

دکتر مسجدی در این مورد تصریح کرد: موضوع قاچاق با احداث وینستون در استان گیلان حل نخواهد شد و بسیار خوب است اگر شما جلسه ویژه‌ای را به قاچاق سیگار اختصاص دهید چرا که سیستم منظم و مرتبی جریان قاچاق را انجام و آن را هدایت می‌کند.

مجری: چه افرادی قاچاق را توزیع می‌کنند؟

Champix و درمان اعتیاد همزمان سیگار و الکل

Varenicline که داروی ترک سیگار می‌باشد، نقش درمانی خود را از طریق اثر روی این گیرنده‌های شیمیایی اعمال می‌کند.

محققین در این مطالعه مشاهده نمودند که حتی با یک بار مصرف Varenicline، میزان الکل مصرفی در موش‌ها بشدت پایین آمده است. این کاهش حتی بعد از قطع داروی Varenicline نیز ادامه داشت.

به این ترتیب افق تازه‌ای برای درمان بیماری که اعتیاد همزمان به دخانیات و الکل دارند، پدیدار شده است.

LE FIGARO. LE PARISIEN

مطابق گزارشی از دانشگاه San Francisco، داروی Champix علاوه بر کمک در ترک سیگار می‌تواند در ترک الکل نیز سودمند باشد. محققان دانشگاه San Francisco داروی Varenicline را طی مطالعه‌ای مورد بررسی قرار دادند. آنها این دارو را روی موش‌هایی که به مدت ۵ ماه روزانه مقدار زیادی الکل مصرف می‌کردند، آزمایش نمودند. طبق نظریه محققان، مصرف زیاد سیگار و الکل بطور قطع با هم مرتبط می‌باشند. این ارتباط هم از لحاظ فاکتورهای روحی و هم از لحاظ فاکتورهای نوروترانسمیتر (گیرنده‌های شیمیایی در مغز) برقرار می‌باشد.

تأثیر صنایع دخانی بر قوانین ضد دخانیات ضعیف در اسپانیا

مصرف سیگار در کشور اسپانیا به طرق زیر مبارزه می‌کردند: ایجاد فضاهای جداگانه برای نشستن افراد سیگاری و فراهم کردن دستگاههای تهویه ویژه با تکنولوژی و استانداردهای بالا.

- قانون غیرمؤثر اسپانیا در حال حاضر به عنوان الگوی قانونی توسط صنایع دخانی در سایر کشورها از جمله گواتمالا و جمهوری چک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

توجه!

- دستورالعمل‌های ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات بیان می‌کنند که تنها راه مؤثر برای محافظت از افراد جامعه در برابر استنشاق دود تحمیلی سیگار ایجاد فضاهای ۱۰۰٪ عاری از دخانیات است. وجود اتاقهای جداگانه ویژه افراد سیگاری یا دستگاههای تهویه نیز بطور کامل از افراد نسبت به استنشاق دود تحمیلی سیگار محافظت نمی‌کنند.
- مدافعان و سیاستگذاران کنترل دخانیات باید ترفند صنایع دخانی در اسپانیا را به عنوان الگوی مدنظر داشته باشند و با پایش روند اجرای قوانین ضد دخانی و وضع قوانین صحیح کنترل دخانیات از مداخله صنایع دخانی جلوگیری کنند.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/tc.2009.03183/v>

براساس مطالعه جدیدی که در نشریه Tobacco Control به چاپ رسیده، چنین آمده است که صنایع دخانی قصد تضعیف قوانین ضد دخانیات کشور اسپانیا را دارند و در حال حاضر سعی می‌نمایند که این اقدام را به خارج از کشور اسپانیا نیز بکشانند. در قانون ملی ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی اسپانیا شرح داده شده که این تلاش صنایع دخانی از دهه ۱۹۸۰ تا اوایل دهه اول ۲۰۰۰ در جریان بوده تا بر سیاستهای ضد دخانی کشور اسپانیا تأثیر گذارند؛ بطوریکه توانستند مطابق با قانون سال ۲۰۰۶ قسمت‌های جداگانه‌ای برای نشستن افراد سیگاری و نصب سیستم تهویه ویژه در اماکن عمومی مانند بارها، رستورانها، هتلها و فرودگاهها فراهم نمایند. بنا به دلایل نامبرده کشور اسپانیا از دستورالعمل‌های ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات که اعمال ۱۰۰٪ قانون منع استعمال دخانیات می‌باشد، پیروی نکرده است.

طبق مطالعه فوق اسپانیا باید قوانین ممنوعیت مصرف دخانیات را اعمال نماید که به موجب آن و براساس معاهده جهانی کنترل دخانیات همه افراد جامعه باید در برابر دود دخانیات محافظت گردند. سایر کشورهایی که در حال حاضر قانون منع مصرف دخانیات را اعمال می‌کنند نیز باید از چنین تلاش‌هایی از سوی صنایع دخانی آگاه باشند.

براساس تجزیه و تحلیل‌های انجام شده در این مطالعه بر روی مدارک بدست آمده از صنایع دخانی مشخص گردید که:

- طی سالهای متمادی صنایع دخانی با محدودیتهای

افزایش سن مجاز برای خرید سیگار در انگلستان

منظور دولت موظف است آموزش همگانی در این زمینه فراهم آورد.

در فردی که مصرف سیگار را از سن ۱۵ سالگی آغاز می‌کند نسبت به فردی که در اواخر دهه ۲۰ سالگی شروع می‌نماید، سه برابر بیشتر احتمال مرگ ناشی از سرطان وجود دارد.

به گفته Deborah Arnott یکی از اعضای گروه مبارزه با دخانیات ASH این اقدام کاملاً اقدام مناسبی است ولی به شرطی که صحیح اعمال گردد. سال گذشته به دلیل فروش سیگار به افراد زیر ۱۶ سال، در حدود ۱۱۷ فروشنده به دادگاه کشیده شدند ولی نهایتاً جریمه‌های بسیار سبک و ناچیزی را متحمل شدند و بعد از آن نیز شاهد تکرار این مسأله بودیم. برای جلوگیری از این اتفاق آنچه مسلم است اعمال مجازات سنگین از جمله لغو مجوز مغازه‌های فروشندگان است بطوری که در صورت فروش سیگار به افراد زیر سن قانونی پروانه فروش آنها لغو شود.

برای اجرای بهتر این قانون توصیه شد که والدین سیگاری در معرض دید کودکان و نوجوانانشان سیگار مصرف نکنند. در مراحل بعدی نیز دولت قصد دارد تبلیغات دخانی را نیز ممنوع نماید و مانع تولید پاکت‌های سیگار ۱۰ تایی شود.

از فواید دیگر اعمال این قانون، کمتر کردن میزان دود موجود در محیط و استنشاق این دود تحمیلی توسط افراد غیرسیگاری مخصوصاً کودکان و نوجوانان می‌باشد. همچنین با کاهش تعداد افراد سیگاری هزینه‌های بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار نیز کاهش می‌یابد. مصرف سیگار عامل اصلی بسیاری از مرگ و میرهای ناشی از مصرف دخانیات است بنابراین با بالا بردن سن قانونی خریداری سیگار، مصرف آن نیز کم می‌شود و در نتیجه هزینه‌های درمان این بیماریها نیز کمتر می‌شود.

<http://www.bbc.co.uk>

دولت انگلستان از ماه اکتبر سال گذشته حداقل سن مجاز برای خریداری سیگار را افزایش داد. این اقدام به منظور کاهش میزان نوجوانان سیگاری بوده است. به دنبال این قانون در اواخر سال گذشته ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی و در محلهای کاری اعمال گردید. این ممنوعیت در ولز از ماه آوریل و سه ماه بعد از آن نیز در انگلستان رسمیت یافت.

در حدود ۹٪ از نوجوانان ۱۱ تا ۱۵ سال این کشور سیگاری می‌باشند و با اعمال این قانون مسئولان امیدوارند که این آمار را کاهش دهند ولی متخصصان معتقدند برای رسیدن به این هدف اقدامات دیگری نیز لازم است.

مصرف سیگار در هر سنی مضر و خطرناک است ولی هرچه این عمل از سنین کمتری آغاز شود مرگ فرد سیگاری را تسریع می‌کند.

هیأت دولت معتقدند که حتی با وجود افزایش سن قانونی خریداری سیگار از ۱۶ به ۱۸ سال، خرده فروشان و دستفروشان راهی برای فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال پیدا کرده و این قانون را نقض می‌کنند. همچنین معتقدند که افزایش سن قانونی خریداری محصولات دخانی در کنار ممنوعیت فروش مشروبات الکلی به افراد زیر ۱۸ سال تأثیر بیشتری بر کاهش آمار استفاده از این مواد در بین نوجوانان دارد.

انگلستان و ولز با اعمال این قانون با کشورهای کانادا، استرالیا، زلاندنو و ایالات متحده همسو می‌شوند. در حدود ۷۰٪ نوجوانان سیگاری ۱۱ تا ۱۵ سال اظهار می‌کنند که سیگارهایشان را از مغازه‌های کوچک و ده‌ها خریداری می‌کنند. اعمال این محدودیتها و قوانین جدید فقط در صورتی ثمربخش خواهند بود که به درستی اجرا شوند و لازم است که تا حد امکان و با تشویقات لازم، کودکان و نوجوانان را از مضرات سیگار آگاه سازند و مانع سیگاری شدن آنها گردید. برای این

زیر ذره پیری

نکاتی پیرامون ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات حفظ سلامت دیگران، ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی

اتخاذ قوانین مناسب از کلیه شهروندان در برابر دود دخانیات موجود در اماکن عمومی و محل‌های کاری حمایت نمایند. امروزه شواهد علمی و تجربه بین‌المللی نشان می‌دهد که "حمایت مؤثر" فقط در صورتی عملی است که ممنوعیت استعمال دخانیات به طور ۱۰۰٪ در محل‌های کاری و اماکن عمومی اعمال گردد.

مراحل بعدی در اجرای ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات:

معاهده جهانی کنترل دخانیات از کشورهای عضو می‌خواهد تا در مورد اجرای ماده ۸ این معاهده دستورالعمل‌های پیشنهادی خود را ارائه نمایند. هدف از این اقدام همکاری اعضا در اجرای قوانین ماده ۸ آن می‌باشد. این دستورالعمل‌ها باید براساس بهترین مدارک موجود و تجربیات کشورهای باشد که در اجرای قوانین مؤثر در حمایت افراد مجاور با دود دخانیات، موفق عمل کرده‌اند.

محتوای دستورالعمل‌های ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات:

این دستورالعمل‌ها شامل جملات اصولی، توضیح اصطلاحات مربوطه و پیشنهاداتی است که جهت حمایت افراد در برابر دود دخانیات، ضروری می‌باشند. بنابراین درک "قانون مؤثر" آسان گشته، به چگونگی اطلاع‌رسانی افراد جامعه کمک نموده و راهنمایی‌های لازم در مسائل وابسته به اجرا، نظارت و ارزیابی قوانین را ارائه می‌نماید.

مجری دستورالعمل‌های ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات:

طبق قوانین معاهده جهانی کنترل دخانیات، مسئولیت اجرا و اعمال دستورالعمل‌های ماده ۸ به عهده دبیرخانه معاهده می‌باشد که با مشورت بخش کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی (که در حال حاضر به عنوان دبیرخانه موقت معاهده جهانی کنترل دخانیات نیز فعالیت دارد) و همکاری اعضای معاهده که بهترین نماینده برای کشور خویش می‌باشند، به اجرای این دستورالعمل‌ها می‌پردازد. طی اولین نشست اعضای معاهده جهانی کنترل دخانیات در ژنو در فوریه سال ۲۰۰۶، کشورهای فنلاند، ایرلند و زلاندنو رسماً پیشنهاد دادند که مسئولیت تهیه نسخه پیش‌نویس دستورالعمل‌های ماده ۸ را به عهده گیرند. همسو با دبیرخانه معاهده جهانی کنترل دخانیات، این پیش‌نویس عبارت بود

معاهده جهانی کنترل دخانیات اولین معاهده جهانی است که به سلامت انسانها می‌پردازد و به دلیل شیوع جهانی استعمال دخانیات انعقاد گردیده است. این معاهده به حقوق بشر در خصوص برخورداری از بالاترین استانداردهای بهداشتی می‌پردازد که در ماه می ۲۰۰۳ به اتفاق آراء ۱۹۲ کشور عضو سازمان بهداشت جهانی رسید و در ۲۷ فوریه ۲۰۰۴ به مرحله اجرا درآمد. تا تاریخ ۲۰ مارچ ۲۰۰۷ این معاهده به تصویب ۱۴۶ کشور رسید که نشانگر ۸۰٪ جمعیت جهانی می‌باشد. با تصویب این معاهده کشورها ملزم به اجرای مفاد آن می‌شوند. یکی از این مفاد اعمال قوانین مؤثر به منظور جلوگیری از مواجهه افراد غیرسیگاری با دود سیگار می‌باشد.

نظر معاهده جهانی کنترل دخانیات درباره دود تحمیلی سیگار و عدم استعمال دخانیات:

معاهده جهانی کنترل دخانیات کشورهای عضو این معاهده را بطور قانونی ملزم می‌کند تا به منظور حفاظت افراد از مواجهه با دود سیگار، اقدامات مؤثری اعمال نمایند. براساس ماده ۸ این معاهده "اعضا می‌پذیرند که تحقیقات علمی به وضوح روشن ساخته که قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات موجب مرگ، بیماری و ناتوانی می‌شود" (ماده ۸ بند اول). این موضوع نشانگر توجه جهانی به خطرات دود حاصل از دخانیات است در حالی که شرکتهای دخانیاتی تلاشهای مستمری برای اثبات بی‌خطر بودن آن انجام می‌دهند.

طبق بند دوم ماده ۸ کشورهای عضو این معاهده الزاماً موظف می‌باشند قوانینی در سطح کشور اعمال نمایند که از افراد در معرض دود حاصل از دخانیات حفاظت شود. اعضا ملزم می‌باشند در محدوده سیستم قضایی خود که قوانین ملی آن را تعیین کرده و در سیستم‌های قضایی دیگر نیز مورد حمایت قرار می‌گیرد، برای جلوگیری از قرارگرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات در اماکن عمومی مسقف، وسایل نقلیه عمومی، محل‌های کاری در بسته و در صورت لزوم سایر اماکن عمومی، قوانین لازم را به اجرا گذارند.

سیاست معاهده جهانی کنترل دخانیات در اجرای قوانین برای داشتن هوایی بدون دود:

کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات موظفند با

عبارتند از برزیل، کامرون، چین، جیبوتی، فیجی، فرانسه، آلمان، مجارستان، جامائیکا، ماداگاسکار، مالی، مکزیک، پاناما، پرو، سوئد، تایلند، انگلستان، ایرلند شمالی، اوروگوئه و وانواتو.

نسخه پیش‌نویس دستورالعمل توسط اعضای بازنگری - نروژ، جزایر مارشال، پالاو و کیپ ورد - تأیید گشته و به دفتر کنفرانس اعضا ارائه گردید. نسخه نهایی آن پیش از برگزاری دومین کنفرانس اعضا منتشر شد تا در کنفرانس اعضا مطرح گردد.

از ساختار احتمالی و سرفصلهای دستورالعمل (ماه می ۲۰۰۶). آنها همچنین توافق کردند تا به منظور تسهیل در تهیه پیش‌نویس دستورالعمل جلسات مشاوره گروهی برگزار نمایند. این جلسه در نوامبر ۲۰۰۶ در پایتخت ایرلند، دوبلین، برگزار شد که در آن نمایندگان اصلی و فعالتر، بخش کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی، شرکای دیگر (اعضای معاهده که اسامی آنها ذکر خواهد شد) و نمایندگان دعوت شده از جوامع مدنی حضور داشتند. کشورهایی که در تکمیل این نسخه همکاری داشتند

نکات کلیدی درباره دود تحمیلی دخانیات و ایجاد فضای بدون دود

- دود دست دوم دخانیات چیست؟

دود محیطی دخانیات ناشی از سوختن دخانیات است که در محیط پخش می‌گردد (جریان فرعی) و جدا از دودی است که فرد سیگاری با پک زدن وارد ریه‌های خود می‌کند (جریان اصلی). این دود دارای بیش از ۴۰۰۰ نوع ماده سمی با غلظت‌های بیشتر از جریان اصلی است. در این دود بیش از ۵۰ نوع ماده سرطان‌زا وجود دارد.

- مشکلات ناشی از استنشاق آن چیست؟

شواهد بالینی و پژوهشی نشان می‌دهد مواجهه با این دود نیز عامل بروز ناتوانی، بیماری و مرگ می‌باشد. این نوع دود توسط انجمن بین‌المللی سرطان به عنوان عامل سرطان ریه نیز معرفی شده است. حد بدون خطر برای مواجهه با این دود وجود ندارد و حتی مواجهه کوتاه مدت با این دود می‌تواند ناراحتی بوجود آورد. شواهد نشان می‌دهد ۳۰ دقیقه تنفس این دود می‌تواند اثراتی مشابه با یک فرد سیگاری با ۲۰ نخ در روز، در سلول‌های پوششی ریه بوجود آورد.

- چه کسی با این دود مواجهه دارد؟

دود دست دوم دخانیات عامل آلوده کردن هوای داخلی در محیط‌های کاری، اماکن عمومی، وسایل نقلیه و منزل می‌باشد. میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا روزانه تحت تأثیر این دود هستند. بیش از ۷۰۰ میلیون کودک (نیمی از کودکان جهان) با این دود مواجهه دارند بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۵۰ میلیون زن باردار تحت تأثیر این دود هستند.

- اثرات این دود کدام است؟

دود دست دوم دخانیات می‌تواند باعث مرگ زودرس و بیماری در کودکان و بالغینی که هرگز سیگار نکشیده‌اند گردد و به عنوان عامل اصلی در بیماری‌های افراد غیر سیگاری نامیده می‌شود. تحقیقات علمی نشان می‌دهد که افراد غیر سیگاری که با این دود مواجهه دارند ۳۰٪ بیشتر خطر مرگ نسبت به افراد غیر سیگاری بدون مواجهه دارند. خطر سکته قلبی و بیماری کرونری با افزایش

مقدار مواجهه به صورت غیر خطی سریعاً افزایش می‌یابد. در کودکان مواجهه با این دود درصد ابتلا به عفونت تنفسی، بیماری گوش میانی، آسم و رشد ناقص ریه را افزایش می‌دهد و همچنین باعث مرگ ناگهانی نوزاد می‌گردد. این کودکان احتمال بروز بیماری‌های قلبی بیشتری در بزرگسالی خواهند داشت. انجمن بین‌المللی ILO سالیانه حدود ۲۰۰ هزار مرگ کارگران به علت مواجهه با دود دست دوم را تخمین می‌زند.

- چگونه می‌توان مردم را حفاظت کرد؟

سیستم تهویه و فیلترهای هوا و دیگر روش‌ها باعث تصفیه و حفاظت نمی‌گردند. جدا کردن قسمت‌های سیگاری و غیر سیگاری نیز مؤثر نخواهد بود. فقط ۱۰٪ محیط بدون دود برای تأمین بهداشت مؤثر است.

- فواید سیاست‌های بدون دود:

این سیاست‌ها باعث افزایش سطح بهداشت می‌گردد و شرایط را برای ترک سیگار این افراد فراهم می‌کند و به طور کلی با کاهش مصرف دخانیات همراه است. این سیاست‌ها معمولاً عامه پسند و قابل قبول می‌باشد.

- آیا ابزار قانونی برای این مسئله وجود دارد؟

ماده ۸ در معاهده جهانی کنترل دخانیات تمامی موارد لازم برای تأیید و تصویب و اجرای این قانون را پیشنهاد داده است. به عنوان پیشگام همراهان بدون دخانیات جهانی (GSP) برای مبارزه در ایجاد دنیای بدون دخانیات و تأمین حقوق اجتماعی می‌خواهند ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات به شکل قوی و مؤثر اجرا گردد.

- شایع‌ترین راه صنایع دخانی برای مقابله با این مسئله چیست؟

این کمپانی‌ها روش‌های متفاوتی را برای مقابله و تاخیر در اجرای سیاست‌ها دارند. این موارد شامل: بحث در مورد اثرات دود دست دوم، توصیه‌های اقتصادی برای اجرا نکردن این قانون و ارتقای برنامه‌های مالی می‌باشد.

برای اطلاعات بیشتر در این باره می‌توانید به سایت www.globalsmokefreepartnership.org مراجعه کنید.

ما تو هستیم، شما هم می‌توانید!

انتخاب کردم، شب خیلی برایم سخت بود چرا که در ذهن خود فکر کردم اگر با یک آقا مواجه شوم باید چه به او بگویم؟ از اینکه به او بگویم من سیگار می‌کشم خیلی ناراحت بودم ولی امروز از تصمیم خود خیلی خوشحال هستم.

- چه توصیه‌ای برای افرادی که سیگار می‌کشند دارید؟ به تمام افرادی که سیگار می‌کشند یا هر شکل از دخانیات استفاده می‌کنند به عنوان یک خواهر کوچک‌تر می‌گویم من متضرر شدم، صدایم کلفت شد، پوستم تیره گردید، ریه‌هایم آسیب دید و در هیچ جمعی نمی‌توانستم حاضر شوم. چرا می‌خواهید تجربه من را تکرار کنید؟

- از خاطرات تلخ و شیرین خود برای ما بگویید؟ در طول دوران ترکم یک نوجوان ۱۶ ساله را در خیابان دیدم که در حال سیگار کشیدن به او گفتم که سیگار را دور بینداز. وقتی که او این کار را انجام داد خیلی خوشحال شدم و این خاطره جزء خاطرات شیرین زندگی‌ام بود.

- بعد از ترک تا بحال هوس کردید که سیگار بکشید؟ روز اول فقط هوس کردم ولی الان اصلاً بوی سیگار را حس نمی‌کنم. اگر دیگران جلوی من سیگار می‌کشند اصلاً متوجه نمی‌شوم.

- می‌دانید چند نفر با شما شروع به درمان کردند؟ و چند نفر موفق شدند؟

فکر می‌کنم ۴ نفر شروع کردند و ۳ نفر با موفقیت کلاس را پشت سر گذاشتند.

- دوست داشتید که آن یک نفر شما باشید؟ خیر - چرا؟ چون دوست داشتم ترک کنم.

- حال اگر آن یک نفر شما بودید چه می‌کردید؟ سعی می‌کردم نباشم اما اگر بودم تصمیم می‌گرفتم ترک کنم.

- با این کلینیک چطور آشنا شدید؟

دوستم که سیگاری بود از این بابت خیلی ناراحت بود. یک روز تبلیغات این کلینیک را در خیابان پیدا کرد، سپس خودش با بیمارستان تماس گرفت من به احترام دوستم به این کلینیک مراجعه کردم.

- محل سکونت شما کجاست؟ غرب تهران

- از اینکه از غرب تهران به نقطه شرق تهران مراجعه می‌کردید این مسافت برای شما سخت نبود؟ چطور تحمل کردید؟

هدفم آنقدر مهم بود و آنقدر مصمم بودم که هیچ سختی را حس نکردم. چون عشق حرم باشد سهل است بیابان‌ها.

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 کلاسهای ترک سیگار این کلینیک موفق به ترک سیگار گردند. هر دوره این کلاسها شامل ۴ جلسه بصورت هفته‌ای یک بار می‌باشد. در پایان هر دوره به افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند لوح تقدیر اهدا می‌گردد و این افراد نیز در صورت تمایل از احساس موفقیت و نظر خود درباره این اقدام و شرکت در این کلاسها یادداشتی می‌نویسند. شاید با خواندن این یادداشتها و آگاهی از احساسات آنها سایر افراد سیگاری نیز تشویق به ترک سیگار گردند. فراموش نکنند که هیچ‌وقت برای ترک سیگار دیر نیست. **ما توانستیم، شما هم می‌توانید!**

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

- لطفا خودتان را معرفی کنید؟

سکینه وفادار دواجی هستم متولد تهران و خانه دار و ۵۳ سال سن دارم.

- سیگار کشیدن را از چه سنی شروع کردید؟

- از سن ۲۳ سالگی

- چه مدتی است که سیگار را ترک کردید؟

۴ هفته اما از نظر خودم یک سال است که ترک کردم.

- وضعیت روحیتان بعد از ترک چه جور می‌باشد؟

خیلی بهتر هستم. دیگر شبها در رختخواب ناله نمی‌کنم،

خس خس سینه‌ام بهتر شده، کمتر عصبانی می‌شوم، زندگی را زیبا می‌بینم. اطرافیان از جمله فرزندانم خیلی خوشحال هستند. به کارهای روزمره خودم بیشتر می‌رسم. قبل از ترک سیگار دیگران به دید منفی به من نگاه می‌کردند. حتی برای خرید منزل اگر از خانه خارج می‌شدم مجبور می‌شدم یک کوچه خلوت پیدا کنم و حتی اگر شده یک پک سیگار بکشم از اینکه دیگران من را ببینند خجالت می‌کشیدم ولی دست خودم نبود و مجبور به انجام این کار می‌شدم.

- خانم وفادار از سختی‌های خود در این مدت که سیگار نکشیدید برایمان بگویید؟

در طول این ۴ هفته که تحت درمان بودم فقط روز اول برایم سخت بود به نظر من فقط تصمیم‌گیری سخت است. روز اول تصمیم گرفتم ترک کنم و کلینیک را برای خودم



بنام خدا
فراوانستیم سبب را ترک گفتیم
شما هم می‌توانید سبب را ترک کنید. اگر به‌دام
خود و احترام به دیگران برابر با ارزشها داشته
باشد شما هم اینکار را بکنید.
من فکر می‌کردم که ترک سبب برابر من سفت
است ولی بعد از اینکه به گفتند ترک سبب آمده
و خانم دکتر اسلام نیا به راجع به فرد سبب بر صحبت
می‌کردند من خیلی ناراحت شدم و تصمیم گرفتم
که سبب را ترک کنم. و همین کار را کردم و همین
هم را می‌هستم و از خانم دکتر اسلام نیا که
هم تشکر می‌کنم. پس شما هم می‌توانید سبب را
ترک کنید. انشاء الله روزی سبب که بد و سبب
در این جامعه نباشد. آمین یا رب العالمین

تأثیر ترک سیگار بر نتیجه درمان سوء مصرف مواد مخدر

یک مطالعه ملی طولانی مدت بر درمان ترک مواد مخدر (مورد بررسی قرار گرفتند. یک سال پس از ترک کامل براساس انتخاب درست الگوهای Heckman رابطه بین گزارشهای فردی از ترک سیگار و ترک اعتیاد افراد بررسی شده و در عین حال بطور همزمان احتمال bias هم در نظر گرفته شد. به هنگام بررسی عوامل چندگانه، ترک سیگار با میزان بالای ترک اعتیاد پس از پایان درمان کامل اعتیاد همراه بود ($P=0.04$). برخلاف عدم تشویق به ترک سیگار در برنامه‌های ترک اعتیاد، ترک سیگار تأثیر معکوسی بر نتیجه ترک اعتیاد ندارد.

نویسنده: *Stephanie C*

منبع: *Addictive Behaviors 28 (2003) 1323-1331*
اگر چه مصرف سیگار در بین مصرف‌کنندگان مواد مخدر بطور بومی می‌باشد ولی برنامه‌های درمان ترک اعتیاد به ندرت تشویق به ترک سیگار کرده و اغلب آنرا توصیه نمی‌کنند هدف از این مطالعه تعیین تأثیر ترک سیگار در حین درمان ترک اعتیاد بر روی مصرف این مواد پس از ۱۲ ماه بعد از درمان کامل می‌باشد. در این مطالعه ۲۳۱۶ فرد سیگاری شرکت‌کننده در مطالعه نتیجه درمان سوء مصرف مواد مخدر (Drug Abuse Treatment Outcome Study)،

خدمات ترک سیگار در مراکز ترک متادون در ایالت متحده آمریکا

نویسنده: *Kimber P. Richter*

منبع:

<http://ps.psychiatryonline.org> November 2004 Vol. 55 No. 11

سیگارند و ۱۲٪ دارو درمانی تجویز کردند. ولی با این وجود خدمات فوق برای تعداد اندکی از بیماران فراهم بود. کلینیکهای دارای دستورالعملهای مدون ارائه خدمات ترک سیگار بیشتر از کلینیکهای فاقد این دستورالعملها، خدمات ترک سیگار را برای بیماران فراهم می‌کردند. کلینیکهای خصوصی انتفاعی بطور معنی‌داری کمتر از کلینیکهای خصوصی غیرانتفاعی خدمات ترک سیگار فراهم می‌کردند. اکثر شرکت‌کنندگان (۷۷٪) گزارش دادند که پرسنل‌شان علاقمند به یادگیری دوره‌های درمان ترک سیگار بوده و بیش از نیمی از آنها (۵۶٪) دارای حداقل یک کارمند بوده که انگیزه قوی برای یادگیری این دوره‌ها داشتند.

نتیجه‌گیری: تعداد کثیری از مصرف‌کنندگان متادون سیگار مصرف می‌کردند. حال آنکه طی ۳۰ روز قبل از مطالعه فقط یک مورد از سه مورد از خدمات ترک سیگار را برای بیماران فراهم می‌کردند و فقط یکی از ۱۰ داروی تجویزی جایگزین نیکوتین به بیماران ارائه شد. کلینیکها با اتخاذ راهکارهای دو گانه در زمینه ارائه خدمات جامع ترک سیگار و آموزش پرسنل برای ارائه این خدمات می‌توانند انگیزه لازم برای ارائه فراگیر خدمات ترک سیگار طی درمان ترک متادون را فراهم آورند.

اهداف: اکثر بیماران تحت درمان ترک اعتیاد سیگار مصرف می‌کنند. این مطالعه فراوانی و انواع خدمات ترک سیگار ارائه شده در کلینیکهای ترک متادون و سایر مواد مخدر در ایالات متحده آمریکا را بررسی می‌کند.

روش اجرا: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی تمامی بیماران سرپایی مصرف‌کننده متادون در کلینیکهای ایالات متحده آمریکا انجام گرفت. از هر کلینیک یک نفر به نمایندگی آن کلینیک مورد مطالعه قرار گرفت. براساس ترجیح پاسخ‌دهنده اطلاعات مورد نیاز از طریق تلفن، فکس یا نامه طی ۲۰ دقیقه جمع‌آوری شد.

نتایج: ۵۹٪ کلینیکها (۴۰۸ تا از ۶۹۷ کلینیک) در مطالعه شرکت کردند. حجم نمونه در اندازه، منطقه و مالکیت در کل بیماران سرپایی مصرف‌کننده متادون در کلینیکهای بسیار شبیه بود. در ۳۰ روز پیش از مطالعه، شرکت‌کنندگان گزارش دادند که کلینیکهایشان خدمات زیر را برای حداقل یک بیمار فراهم کردند: ۷۳٪ مشاوره مختصر ترک، ۱۸٪ مشاوره فردی یا گروهی ترک

یک مطالعه باز بر روی تأثیر مصرف برچسبهای ترک سیگار پوستی نیکوتین در بین بیماران بستری معتاد به الکل و مواد مخدر

تعیین وابستگی به نیکوتین ($SD=1/9$) $8/3$ بود. افرادی که بطور میانگین از این برچسبها به مدت $18/8$ روز ($SD=8/2$) استفاده کردند میل به ادامه مصرف سیگار داشتند که این امر دلیل اصلی عدم ادامه ترک در آنها بود. 7 نفر ($14/3\%$) گزارش دادند که طی 21 روز سیگار را ترک کرده و 5 نفر ($10/2\%$) گزارش داده که در هفته ششم به عنوان بیمار سرپایی سیگار را ترک کردند. این نتایج نشان می‌دهد که تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان الکل و مواد مخدر که جهت ترک در این مرکز بستری شدند تمایل به اقدام همزمان برای ترک الکل، مواد مخدر و سیگار داشتند و استفاده از برچسبهای پوستی نیکوتین نیز روش مناسبی برای درمان این گروه می‌باشد.

کلمات کلیدی: وابستگی به نیکوتین، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد مخدر، برچسب پوستی نیکوتین، ترک سیگار

نویسنده: Andrew J. Saxon
Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 14
No. 4, pp. 333-337, 1997

این مطالعه باز طی 7 ماه بر روی کلیه بیماران بستری در بخش درمان اعتیاد یک مرکز پزشکی در سیاتل (Seattle Veterans Affairs) انجام شد ($n=207$). برای آنها امکان شرکت در این مطالعه باز از طریق استفاده از برچسبهای پوستی نیکوتین جهت ترک سیگار فراهم گردید. 49 نفر ($23/7\%$) در طول مدت بستری از برچسب پوستی نیکوتین برای ترک سیگار استفاده نمودند. این افراد هیچگونه مشاوره روانی در زمینه ترک سیگار دریافت نکردند. میانگین مصرف سیگار آنها $28/5$ نخ سیگار ($SD=16/4$) در روز و میانگین امتیاز تست فاگشروم برای

تقویت وابستگی مستند ترک سیگار در بین مصرف‌کنندگان متادون

طریق میزان مونوکسیدکربن بازدمی و کوتینین ادرار مشخص گردید. افراد غبروابسته دارای شواهد غبروابستگی به مصرف سیگار بودند. در افراد وابسته، ترک سیگار بطور معنی‌داری بیشتر و طولانی‌تر از افراد غبروابسته بود. این نتایج نشان‌دهنده کارایی بالقوه استفاده از کنترل وابستگی مستند به منظور تقویت ترک سیگار در مصرف‌کنندگان متادون می‌باشد.

کلمات کلیدی: کنترل وابستگی، ترک متادون، ترک سیگار

نویسنده: Kelly E. (University of Vermont)
Journal of Applied Behavior Analysis, Number 4
winter 2008

این مطالعه کارایی مداخله کنترل وابستگی را به منظور تقویت ترک سیگار در مصرف‌کنندگان متادون بررسی می‌کند. در این مطالعه 14 روزه، 20 نفر شرکت کردند که بطور تصادفی و در شرایط تجربی به دو گروه وابسته ($n=10$) و غبروابسته ($n=10$) تقسیم شدند. صحت ترک سیگار آنها از

صورت خرده‌فروشی عرضه می‌شوند، کاربرد دارد.

ماده ۱۲) آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه کردن مردم
اعضا باید آگاهی مردم را در مورد دخانیات بالا برده و تقویت کنند و برای این کار از همه ابزارهای اطلاع‌رسانی به نحو مقتضی بهره بگیرند. به منظور رسیدن به این هدف هر یک از اعضا باید اقدامات قانونی و اداری و اجرایی مؤثری در پیش گرفته و تصویب کند و به اجرا بگذارد.

الف) تأمین امکانات آموزشی جامع و مؤثر و اتخاذ سیاست‌هایی در مورد آگاه کردن مردم از مضراتی که دخانیات بر سلامت افراد جامعه دارد، از جمله تأکید بر خاصیت اعتیادآور استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات.

ب) آگاه کردن مردم از مضرات استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات و تأکید بر منافع ترک دخانیات و داشتن یک زندگی سالم و به دور از دخانیات، مطابق آنچه در بند ۲ ماده ۱۴ آمده است.

ج) دسترسی عموم افراد جامعه به اطلاعات وسیع در مورد دخانیات در مواردی که به اهداف این معاهده مربوط است و در چارچوب قوانین ملی.

د) اتخاذ برنامه‌هایی در جهت آموزش و آگاهی و ایجاد حساسیت لازم در مورد دخانیات که مخاطبان آن افرادی مثل کارمندان بخش بهداشت، بخش اطلاع‌رسانی، بخش خدمات اجتماعی، وسایل ارتباط جمعی و مدیران و آموزشگران و تصمیم‌گیرندگان و بقیه افراد مربوط است.

ه) آگاه کردن و شرکت‌دادن نهادها و سازمان‌های غیردولتی خصوصی و عمومی مخالف استعمال دخانیات در پیشبرد و اجرای برنامه‌ها و راهکارهای مربوط به کنترل دخانیات.

و) آگاه کردن عموم مردم و فراهم ساختن امکان دسترسی آنها به اطلاعات مربوط به اثرات زیانبار جسمانی و اقتصادی و زیست‌محیطی تولید و استعمال دخانیات.

ماده ۱۳) تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات
۱) اعضا می‌پذیرند که ممنوعیت همه جانبه تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات، استعمال دخانیات را کاهش خواهد داد.

۲) اعضا باید بسته به قانون اساسی خود تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی دخانیات را ممنوع اعلام کنند. این ممنوعیت با در نظر گرفتن شرایط محیطی و ابزارهای فنی که در دسترس هر یک از اعضا قرار دارد، شامل ممنوعیت کامل تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی برون مرزی از دخانیات است

ماده ۱۱) بسته‌بندی و برچسب انواع مختلف محصولات دخانیات

۱) اعضا باید ظرف سه سال پس از لازم‌الاجرا شدن این معاهده برای خود، مطابق قوانین ملی‌شان اقدامات مؤثری تصویب کرده و به اجرا بگذارند که براساس آن:

الف) بسته‌بندی و برچسب انواع مختلف دخانیات نباید اغواکننده، فریبنده و گمراه‌کننده باشد یا احتمالاً در مورد ویژگی‌های آن یا خطرات و مضراتش تأثیر کاذبی بر بیننده به جا بگذارد، از جمله کاربرد هر اصطلاح یا عنوان یا علامت تجاری یا علامت مجازی یا هر نشانه دیگری که مستقیم یا غیرمستقیم این تأثیر کاذب را ایجاد کند که این نوع از دخانیات خطرات و مضرات کمتری از سایر انواع دخانیات دارد، باید ممنوع اعلام گردد. از جمله این عناوین و اصطلاحات کلماتی مثل «ملایم» یا «سبک» یا «کم‌جرم» یا «فوق‌العاده ملایم» است.

ب) هر بسته و پاکت انواع مختلف دخانیات و برچسب خارجی این محصولات باید حاوی پیامی باشد که در مورد مضرات استعمال دخانیات هشدار می‌دهد و پیام‌های دیگری را که احیاناً لازم است به اطلاع بیننده می‌رساند، این پیامها و هشدارها باید:

۱) به تأیید مقامات ذیصلاح در کشور مربوطه برسد.

۲) در قسمتهای مختلف درج شده باشد.

۳) بزرگ، واضح، خوانا و قابل رؤیت باشد.

۴) ۵۰٪ یا بیشتر از فضای بسته یا پاکت را اشغال کند، ولی فضایی که به آن اختصاص یافته، کمتر از ۳۰٪ نباشد.

۵) در صورت لزوم به صورت عکس یا خط تصویری باشد.

۲) هر بسته یا پاکت انواع مختلف دخانیات و برچسب خارجی آن باید علاوه بر پیامها و هشدارهایی که در قسمت ۲ بند ۱ این ماده در مورد آن توضیح داده شد، حاوی اطلاعاتی درباره مواد تشکیل‌دهنده و دود آن نوع از دخانیات باشد و این اطلاعات به تأیید مقامات مسئول در آن کشور رسیده باشد.

۳) هر یک از اعضا باید از طرفهای مربوطه در صنعت دخانیات بخواهد که پیامها و هشدارهایی که در قسمت ۲ بند ۱ این ماده و بند ۲ این ماده به آن اشاره شد و روی بسته‌ها و پاکتهای انواع مختلف دخانیات و برچسب خارجی آنها درج می‌شود، به زبانهای اصلی همان کشور نوشته شود.

۴) در این معاهده، اصطلاح «برچسب خارجی» در مورد انواع مختلف دخانیات در مورد همه برچسبها و بسته‌هایی که به

که از منطقه تحت حاکمیت هر یک از اعضا سرچشمه می‌گیرد. در همین زمینه، اعضا باید ظرف پنج سال از لازم الاجرا شدن این معاهده برای خودشان، اقدامات قانونی و اداری و جرایم مؤثری در پیش گرفته و تصویب کنند و به اجرا بگذارند.

۳) اعضای که به دلیل استلزامات قانون اساسی خود نمی‌توانند تبلیغات دخانیات را به طور کامل ممنوع اعلام کنند، باید برای هر گونه تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات محدودیت‌هایی در نظر بگیرند. این محدودیت، بسته به شرایط محیطی و ابزارهای فنی که در دسترس هر یک از اعضا هست، شامل هر گونه تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات است که از آن کشور سرچشمه می‌گیرد و در خارج از مرزهای آن کشور پخش می‌شود. در این زمینه اعضا باید مطابق ماده ۲۱ این معاهده اقدامات اداری و اجرایی قانونی مؤثری در پیش گرفته و تصویب کنند و به اجرا بگذارند و یا هر گونه اقدام دیگری که لازم است، معمول دارند.

۴) هر یک از اعضا بسته به قانون اساسی خود حداقل اقدامات زیر را باید انجام دهد:

الف) ممنوعیت هر گونه تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات به طوری که یکی از محصولات دخانیات را به وسایلی که فریبنده یا دروغ یا اغواکننده یا گمراه‌کننده است، تأیید و تشویق کند یا حیثاً در مورد ویژگی‌های آن محصول و مضراتی که برای سلامتی دارد و مخاطراتی که به همراه دارد، تأثیر کاذبی به جا بگذارد.

ب) اجبار طرفهای ذی‌ربط به اینکه هر گونه تبلیغ یا ترویج یا پشتیبانی مالی از دخانیات با پیامهایی در مورد مضرات استعمال دخانیات یا بعضی پیامهای هشداردهنده دیگر همراه باشد.

ج) ایجاد محدودیت برای محرکهای مستقیم یا غیرمستقیمی که خرید محصولات دخانیات را تأیید و تشویق می‌کند.

د) اجبار طرفهای ذی‌ربط به افشای هزینه‌هایی که صرف تبلیغات دخانیات می‌کنند نزد مقامات دولتی، در صورتی که ممنوعیت تبلیغات به صورت کامل اعمال نمی‌شود. اعضا می‌توانند بسته به قانون اساسی خود، آمار و اطلاعاتی را که در این زمینه به دست آورده‌اند، در دسترس عموم بگذارند و طبق ماده ۲۱ این معاهده به اطلاع مجمع عمومی برسانند.

ه) ایجاد ممنوعیت کامل برای تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات در رادیو و تلویزیون و روزنامه‌ها و مجلات و در صورت لزوم بقیه رسانه‌های ارتباط جمعی مثل اینترنت، ظرف پنج سال، در صورتی که ممنوعیت کامل طبق قانون

اساسی کشوری مجاز نیست، باید در این زمینه محدودیت‌هایی ایجاد کرد.

و) ایجاد ممنوعیت برای پشتیبانی مالی دخانیات از اقدامات یا امور بین‌المللی و یا فعالیتهای دیگری که در آنها مشارکت دارد.

ه) اعضا ترغیب می‌شوند که اقداماتی فراتر از آنچه در ماده ۴ آمده است، به اجرا بگذارند.

۶) اعضا باید در توسعه فناوری و بقیه ابزارهای لازم برای محور تبلیغات برون‌مرزی دخانیات همکاری کنند.

۷) اعضای که در کشور خود تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از بعضی از انواع دخانیات را ممنوع اعلام کرده‌اند، حق دارند ورود تبلیغات این نوع محصولات را به منطقه خود ممنوع کرده و مطابق قوانین ملی خود مجازات‌هایی را که برای تبلیغ این محصولات در کشور خود در نظر گرفته‌اند، در مورد تبلیغ برون‌مرزی این محصولات هم که به منطقه آنها راه می‌یابد، اعمال نمایند. این بند به معنی تأیید هیچ نوع مجازات خاصی نیست.

۸) اعضا باید درباره پروتکلی که اقدامات مربوط به همکاری بین‌المللی درباره ممنوعیت همه جانبه تبلیغ و ترویج و پشتیبانی مالی از دخانیات را بیان می‌دارد، بحث کرده و به توافق برسند.

راهنمای ترک سیگار شما می‌توانید

تألیف: دکتر غلامرضا حیدری
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشت
پژوهشگاه سل و بیماری‌های ریوی
مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

- آماده نبودن برای ترک (مرحله پیش تفکر)
- خاطر نشان کردن ارتباط سیگار کشیدن با سلامتی در حال حاضر و در آینده
- تشویق بیماران به فکر کردن در مورد سیگار کشیدن خود
- دعوت برای کمک گرفتن بیشتر از پزشکان عمومی
- تهیه متون اطلاعاتی مانند جزوه آموزشی ترک
- امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی مانند خطوط تلفنی ترک
- نامطمئن بودن برای ترک (مرحله تفکر)
- کمک به بیماران برای واکنش نشان دادن به رفتارهای مصرف سیگار یا استفاده از مصاحبه‌های برانگیزنده (مطالب زیر را ملاحظه فرمایید)
- بررسی بیماری‌های مربوط به سیگار و موانع ترک
- بررسی سایر مشکلات جسمی یا روحی در این رابطه
- فراهم کردن کمک بیشتر از سوی پزشک عمومی
- تهیه جزوه اطلاعاتی مانند جزوات ترک
- فراهم کردن امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی مانند خطوط تلفنی ترک

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

دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: «در طی سالهای فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار همواره با پزشکانی روبرو شدیم که روشهای درمانی ترک سیگار برایشان جالب و ناشناخته بود. وقتی این اشتیاق آموزش را با سالهای تحصیل در دانشکده طب مقایسه می‌کنیم متوجه جای خالی آموزش روشهای ترک سیگار در دروس دانشگاهی علوم پزشکی می‌شویم و چه مفید می‌بود اگر این مطالب که برای فعالیت پزشک عمومی بسیار سودمند است را در دوران تحصیل می‌آموختیم.» سپس در ادامه این مطلب آمده است که این کتاب برای عموم افراد (سیگاری و غیرسیگاری) مورد استفاده واقع می‌شود. «امید است متن پیش‌رو جهت ارتقاء سطح آگاهی پزشکان درباره روشهای ترک سیگار مفید قرار گیرد.»

ادامه مطالب شماره قبل

مشاوره‌های کوتاه و پیگیری

- این مشاوره‌های کوتاه شامل موارد زیر می‌باشند:
- مشاوره کوتاه برای ترک
- مانند تهیه اطلاعات مانند جزوه آموزشی ترک و سایر موارد مناسب (مثل جمع‌آوری مطالب آموزشی کامپیوتری)
- پیشنهاد مراجعه به خطوط تلفنی ترک یا سایر سازمانهای مناسب
- توصیه به مصرف دارو در صورت لزوم
- کمک‌های پزشکان عمومی
- کمک‌رسانی بر اساس مرحله آمادگی بیمار برای ترک، موانع ترک و سایر مسائل، برنامه‌ریزی می‌گردد. راهکارهای زیر بر اساس برنامه smoke screen است که بطور وسیعی در سطح پزشکان عمومی استرالیا اجرا و ارزیابی شده است (ریچموند و دیگران ۱۹۸۳-۱۹۹۳، ریچموند ۱۹۹۹)

آماده بودن برای ترک (مرحله عمل)

- تأیید و تشویق تصمیم برای ترک
- کمک به بیماران برای پیشبرد برنامه ترک شامل:
 - انتخاب یک روز مشخص برای ترک ظرف دو هفته آینده
 - کمک کردن از طریق برخورد با مشکلات ترک مانند ترس از شکست خوردن، غلبه بر استرس، مشغولیات فکری در مورد اضافه وزن، محیط اجتماعی و فرهنگی
- استراتژی‌های شناخت و رفتار
- حمایت اجتماعی
- کمک با تکیه بر مشکلات پیچیده مانند مشکلات روحی یا جسمی، محیط اجتماعی و حاملگی
- کمک به مشاوره بر اساس NRT و تجویز بوپروپیون در هنگام لزوم، ترتیب دادن ملاقات‌های پی‌گیر برای مشاهده اثرات دارویی ظرف یک هفته پس از تاریخ ترک در NRT یا در روز ترک برای بوپروپیون
- فراهم کردن امکان ارائه کمک بیشتر در تمرینات عملی و یا اطلاعات (مثل جزوه‌های ترک) و امکان مراجعه به مراکز حمایتی (مانند خطوط تلفنی ترک)

مصاحبه برانگیزنده

مصاحبه‌های برانگیزنده یک تکنیک مشاوره‌ای است که بر اساس آن اعضای تیم درمان در مورد تردید بیماران نسبت به رفتار خود آگاهی می‌دهند. مصاحبه‌های هدفدار شامل سوالات باز، گوش کردن یا حوصله و خلاصه کردن می‌باشند. پزشک، مسئول مراحل مصاحبه برانگیزنده می‌باشد. اما تصمیم‌گیری برای ترک و مسئولیت آن را بر عهده بیمار می‌گذارند. مصاحبه‌های برانگیزنده نباید منجر به موقعیتی شود که رابطه نزدیک بین پزشک و بیمار را از بین ببرد و یا ایجاد مقاومت در برابر تغییر نماید. ایجاد شک و تردید، در مصاحبه‌های برانگیزنده می‌توانند بین انتخاب سیگار کشیدن و اهداف شخصی مانند سلامتی، تناسب اندام، ظاهر مناسب و پس‌انداز و حفظ پول بحث نماید. افراد سیگاری که نسبت به ترک خود نامطمئن هستند می‌توانند با این تغییرات برانگیزنده شوند:

۱) کمک به ارزیابی نقاط مثبت و منفی سیگار کشیدن، همچنین می‌توان از بیماران خواست انگیزه ترک و اطمینان خود را در ترک بالا ببرند.

۲) بحث در مورد مسائل بهداشتی مرتبط و نگرانی‌ها راجع به ترک سیگار (تأثیرات سیگار بر سلامتی را ببینید).

نکات مثبت و منفی سیگار را ارزیابی کنید:

۱) سؤال: از چه چیز سیگار خوشتان می‌آید؟

۲) سؤال: از چه چیز سیگار بدتان می‌آید؟

۳) نکات مثبت و منفی را که بیماران می‌گویند خلاصه کنید.

۴) سؤال: کی سیگار کشیدن را ترک می‌کنید؟
بعنوان یک تمرین در خانه می‌توان از بیماران سؤال کرد تا فکر کنند و لیستی از دوست داشتن و دوست نداشتن‌های خود در مورد سیگار کشیدن و ترک کردن، تهیه کنند.

ارزیابی میزان انگیزه و اطمینان فرد

از بیماران باید خواست تا میزان انگیزه و اطمینان خود در مورد ترک سیگار را از نمره ۱ به ۱۰ برسانند. این کار می‌تواند در کنار مصاحبه‌های برانگیزنده کمک‌کننده باشد. تشخیص انگیزه و اطمینان می‌تواند موانع ترک را روشن نماید و برای شروع بحث در مورد چگونگی بالا بردن انگیزه و اطمینان استفاده شود.

راهنمای اصول مصاحبه برانگیزنده

میلرودرول نیک (۲۰۰۲) ۴ یک اصل کلی را بطور خلاصه در مورد مصاحبه برانگیزنده بیان کرده‌اند که به شرح زیر می‌باشند:

- ابزار همدردی

- گسترش تفاوت‌ها

- مقابله با مقاومتها

- حمایت از کارایی فرد

سایر توصیه‌ها به شرح زیر است:

- مشخص کردن مصاحبه‌ها، مشاوره بر اساس نیازهای فرد سیگاری و مشغولیات وی در زمان مراجعه مثلاً در مورد بالا رفتن وزن، استرس و علائم محرومیت

- بدون ستیز و بدون قضاوت عمل کنید و از هر بحثی که منجر به مقاومت در برابر تغییر می‌شود خودداری کنید.

- مثبت باشید و برجسته‌های مثبت ترک کردن تأکید کنید مثل بهبود وضعیت سلامتی تا استفاده از تکنیکهای ترساننده.

- لغزش و بازگشت خطا نیست بلکه باید از این تجربیات استفاده کرد. هرگاه که لازم است به آنها هدیه بدهید و از این طریق آنها را تشویق کنید.

از تفاوت استفاده کنید. تشخیص اختلاف در جایی است که بیمار در یک زمان بین عقاید مختلف سرگردان است و احساس ناراحتی می‌کند. باید اینگونه افراد را وادار کرد تا در هدف و منافع خود بازنگری کنند و از روش‌هایی مانند دوست داشتن و دوست نداشتن، اگر در آینده به سیگار کشیدن خود ادامه دهید چه پیش می‌آید؟ و یا اگر ترک کنید چه پیش می‌آید؟ استفاده کنید.

بر ترک‌کنندگان اخیر (ظرف ۱۲ ماه گذشته)

- تبریک بگویید.

- مزایای یک فرد غیرسیگاری را دوباره مرور و تقویت کنید.

- از استراتژی‌های جلوگیری از عود کمک بگیرید که شامل:

- بیان علایق و نگرانی‌ها برای باقی ماندن به عنوان یک فردی که سیگار را ترک کرده است.

- کمک به بیماران برای شناسایی موقعیت‌های پرخطر مانند غم‌ها و شادی‌ها، استرس عاطفی و حضور در مراکز اجتماعی افراد سیگاری

- استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک (مطالب زیر را ببینید)

- ایجاد کمک بیشتر برای تمرین و یادگرفتن اطلاعات (مثل جزوه‌های آموزشی ترک) یا مراجعه به مرکز خدمات مثل (خطوط تلفنی ترک ۲۰۱۰۹۵۱۵-۰۲۱)

- استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک (مطالب زیر را ببینید)

کمک پزشک عمومی در کنار کمک سایر مراکز خدماتی

کمک بر پایه مرحله آمادگی برای تغییر که بطور مفصل در بالا شرح داده شد، از سوی پزشک عمومی ارائه می‌شود که بر اساس همکاری با سایر مراکز خدماتی است. بررسی وضعیت سلامت و مشکلات روحی یا جسمی فرد برای ترک سریع، مراجعه یا همکاری داشتن با سرویس‌های ویژه در هنگام احتیاج بعنوان مثال: استفاده از روانشناس یا مشاورین روان، پزشکان متخصص، توان بخشی قلب، متخصص دیابت، توان بخشی ریه از موارد این همکاریها می‌باشند. در نظر گرفتن پیشرفت یا برنامه‌های چند تخصصی در مراقبت می‌تواند شامل شرکت این گروه در برنامه خطوط تلفنی ترک باشد.

موانع ترک

در نظر گرفتن موانع ترک برای تمامی افراد سیگاری مهم است. یک بحث آموزنده می‌تواند برای کمک کردن به افراد سیگاری جهت غلبه بر این موضوع، مفید باشد. باید با اطلاعات صحیح توهمات و اشتباهات رفع گردد. مهمترین موانع ترک در زیر تشریح شده است.

علائم محرومیت

بیش از ۸۰ درصد از افراد سیگاری علائم محرومیت را تجربه می‌کنند. تقاضا برای سیگار و بی‌قراری دو مؤلفه شایع هستند. با استفاده از NRT و بوپروپیون علائم محرومیت را می‌توان درمان کرد.

اگر افراد از دارودرمانی استفاده می‌کنند، می‌توان از

استراتژی‌های شناخت و رفتار درمانی استفاده کرد تا در مراحل اولیه ترک، به آن‌ها کمک شود. نشانه‌های نامطلوب فیزیکی ظرف ۲ تا ۳ روز اول ظاهر می‌شوند و اغلب ظرف ۱۴-۱۰ روز برطرف می‌شوند اما می‌تواند تا ۴ هفته نیز دوام یابد. اگر علائم محرومیت بیشتر طول کشید باید بدنبال مشاوره بود. اگر علائم محرومیت در افرادی که از NRT و بوپروپیون استفاده می‌کنند وجود داشت باید دوز NRT را بالا ببریم.

استرس

اغلب افراد سیگاری برای غلبه بر اضطراب خود از سیگار استفاده می‌کنند. مشخص شده است که نیکوتین علاوه بر اثر آرام‌بخش مستقیم روی مغز دارای اثرات تحریکی نیز می‌باشد. اگرچه بعضی از اثرات آرام‌بخش سیگار کشیدن بعلت شکسته شدن و توقف فعالیت استرس‌زا و تنفس عمیق می‌باشد. با این حال ممکن است افراد سیگاری از راهبهای دیگری برای غلبه بر استرس استفاده کنند مثلاً یاد بگیرند که چطور ماهیچه‌های خود را آزادسازند و از تکنیکهای تنفس استفاده کنند. می‌توان این مسائل را از طریق یک پزشک عمومی یا یک کاست آرام‌بخش بعنوان بخشی از برنامه ترک سیگار آموزش داد.

ترس از شکست

عود یک امر شایع در مرحله ترک است و بیشتر سیگاری‌ها ۳ تا ۴ بار قبل از موفقیت نهایی برای ترک، تلاش و بازگشت دارند. افراد سیگاری باید تشویق شوند تا به هر مرحله از شکست خود به عنوان یک مرحله آموزش نگاه کنند (نه شکست). این باعث می‌شود که شانس موفقیت در تلاش بعدی آن‌ها بالا برود. باید روی راهکارهایی برای غلبه بر موقعیت‌های خطرناک بحث شود و سیگاری‌ها را تشویق به تلاش دوباره کرد. همچنین افراد سیگاری باید تشویق شوند تا برای ترک دیگری تلاش کنند تا بتوانند موفق گردند. سایر پیشنهادات برای بالا بردن شانس موفقیت مثل استفاده از دارودرمانی و خدمات حمایتگر مانند خطوط تلفنی ترک را می‌توان در تلاشهای بعدی ترک، عنوان کرد.

فشار اجتماعی/فشار دوستان

موقعیت‌های خطرناک مثل اجتماعات دوستان و مهمانی‌ها اغلب شدیداً تداعی‌کننده تمایل به سیگار هستند که باید از چنین موقعیت‌هایی در اوایل ترک پرهیز شود. همچنین باید افراد آموزش ببینند که چطور در مقابل تعارف سیگار دیگران جواب منفی بدهند. در چند هفته اول باید بیماران را تشویق کرد که وقت بیشتری را با افراد غیرسیگاری بگذرانند. به جلسات

افراد غیرسیگاری برونند یا وقت خود را در اماکنی که کشیدن سیگار در آنها ممنوع است، سپری کنند

اضافه وزن

این یک مانع بسیار مهم، بخصوص برای خانمها، است. برای اغلب افراد، این موضوع دلیل بازگشت و حتی آغاز سیگار کشیدن است. مکانیزم اضافه وزن شامل بازگشت به وضعیت متابولیک طبیعی بعد از توقف ورود نیکوتین به بدن و افزایش ورود غذا به بدن می‌باشد. معمولاً ۷۵٪ افرادی که سیگار را ترک می‌کنند دچار اضافه وزن می‌شوند. میزان متوسط اضافه وزن معمولاً ۲-۴ کیلو است و ۱۰٪ از افراد معمولاً بیش از این میزان اضافه وزن پیدا می‌کنند (تا ۱۳ کیلو) معمولاً هنگامیکه شخص از داروهای جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون استفاده می‌کند، اضافه وزن متوقف می‌شود (فیور ۲۰۰۲). توصیه‌هایی برای کاهش وزن می‌توان ارائه داد مانند یک رژیم کم چربی متعادل و اجتناب از خوردن غذاهای پرچرب، نوشیدن آب یا نوشیدنی‌های کم کالری به عنوان جانشینی برای تنقلات، ورزش روزانه و شناسایی غذاهای محرک اشتها و یادگیری راههای جدید برای غلبه بر افزایش وزن که مشاورین با تجربه در این مواقع یک رژیم کم چربی را پیشنهاد می‌کنند.

راهکارهای شناختی

بعضی بیماران می‌توانند از ثبت سیگار کشیدن خود بطور روزانه از چند روز قبل از ترک به منظور کمک رسانی به آگاهی یافتن از الگوی سیگار کشیدن خود، سود ببرند. این موضوع می‌تواند روشن کننده محرک های تمایل به سیگار و شناخت موقعیت‌های پرخطر مصرف سیگار برای این افراد باشد و شانس انتخاب فعالیت جایگزین را برای آنها بالا ببرد. بعنوان مثال افراد می‌فهمند که جای صبحانه آنها خاصیت افزایش تمایل به مصرف سیگار را به همراه دارد بنابراین می‌توانند آن را به آب میوه یا حتی قهوه تغییر دهند تا این محرک را برطرف سازند و این تداعی ذهنی را برای خود فرو نشانند. هدف شناخت راهکارهای شناختی فکر کردن برای استفاده از قدرت تفکر منطقی برای غلبه بر اعتیاد به سیگار می‌باشد. افراد سیگاری باید تشویق شوند که منافع ترک و پیامد شروع دوباره سیگار را در نظر بگیرند. باید منافع سیگار کشیدن را ارزیابی کنند. بسیاری از سیگاری‌ها بر این باور هستند که نمی‌توانند بدون سیگار بر استرس خود غلبه کنند اما در حقیقت، هنگامیکه سیگار کشیدن را متوقف می‌کنند، در می‌یابند که حتی شاید بهتر از زمانیکه سیگار

می‌کشیدند، می‌توانند از پس آن بر بیایند. سایر تلقی‌ها این است که از سیگار بعنوان ابزاری برای کنترل وزن خود، مانند یک سیستم ارضاء کننده و راهی برای تنظیم وزن استفاده کنند. افراد سیگاری معمولاً سالها است که با سیگار رابطه دارند و خداحافظی کردن با این عادت ممکن است زمان و تلاش زیادی را بطلبد.

(ریچموند و همکاران ۱۹۹۹)

راهکارهای شناخت می‌توانند به افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، کمک کند تا بر اشتیاق خود غلبه کنند. فکر کردن در مورد سیگار نکشیدن مستلزم تصمیم‌گیری آگاهانه برای سیگار نکشیدن و فکر کردن در مورد جایگزین کردن چیزی بجای سیگار و تصمیم به فکر کردن به چیز دیگری است.

راهکارهای رفتاری

می‌توان چند راهکار رفتاری را برای غلبه بر محرک‌ها و موقعیت‌های پرخطر در نظر گرفت. در حالت ایده‌آل بیمار باید شانس خود و فعالیت‌های جایگزین را در نظر بگیرد. فرمول (۴D) یک یادآوری ساده برای ترک و جزء راهکارهای رفتاری غلبه بر سیگار است.

• **Delay:** تأخیر: این کار را هنگام میل به سیگار کشیدن انجام دهید. بعد از ۵ دقیقه میل به سیگار کشیدن ضعیف می‌شود و عزم شما برای ترک کردن دوباره جزم می‌شود.

• **Deep Breathing:** تنفس عمیق: به آرامی نفسی عمیق بکشید و به آرامی آن را رها سازید. این کار را سه بار تکرار کنید.

• **Drink:** نوشیدن: آب را به آرامی در دهان خود نگاه دارید تا طعم آن را احساس کنید.

• **Distract:** کار دیگری را انجام دهید: برای اینکه فکر خود را از کشیدن سیگار منحرف سازید، انجام دادن ورزش جایگزین خوبیست.

این برنامه راهکارهایی را برای تأخیر و منحرف کردن حواس پیشنهاد می‌کند. پیشنهاد دیگر دوری گزیدن از محرک‌های سیگار در مراحل اولیه ترک است (مندلسون و ریچموند ۱۹۹۴).

ادامه دارد.....

مهمان ویژه این شماره: دکتر سعید فلاح تفتی



دکتر سعید فلاح تفتی، در سال ۱۳۳۵ در اصفهان متولد شد و پس از فارغ التحصیلی از رشته تخصصی داخلی در سال ۱۳۶۸ در دانشگاه علوم پزشکی همدان مشغول به فعالیت شد. وی از مقالاتی که در زمان رزیدنتی در دانشگاه متبوع خویش ارائه کرده به عنوان پشتوانه علمی خود یاد می‌کند و می‌گوید: اولین مطالعات بالینی من در نحوه مراجعه بیماران مبتلا به سرطان ریه (manifestation) و نیز اقدام به برونکوسکوپي بیماران ریوی با اندیکاسیون‌های حتمی (absolute) بود که نتایج حاصله از آن نگارش مقالاتی در دانشگاه علوم پزشکی همدان شد.

دکتر تفتی با اشاره به بینش خود مبنی بر اهمیت جامع نگری طب به جای تخصص گرایی در طب داخلی می‌گوید: «در طی این سالها همواره حوزه جسم و روان و تاثیر برخی عوامل محیطی در بروز برخی بیماریها را مورد توجه قرار دادم».

این متخصص طب داخلی از نحوه آموزش بالینی با گرایشهای جستجوی قوانین در طب و طبابت بر اساس قضاوت بالینی به عنوان یکی دیگر از علاقمندیهای خود یاد می‌کند و می‌افزاید: همیشه علاقه داشتم به جای آشنا کردن ذهن دانشجو با حجم بالایی از محتویات روز آنها را با قوانین طب و چگونگی کشف آن در بالین بیمار آشنا کنم.

تدوین پرسشنامه سنت جورج فارسی زبان (ابزار شناخته شده بین‌المللی به منظور بررسی کیفیت زندگی در بیماران ریوی) و چاپ مقالاتی در زمینه تاثیر دخانیات بر روی سلامتی و اپیدمیولوژی از دیگر فعالیتهای این پزشک متخصص به شمار می‌رود.

دکتر تفتی یکی از اعضای شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات است و به همین بهانه درباره سیگار و مضراتش با او گفتگو نشستیم.

– آقای دکتر مصرف سیگار چه عوارضی می‌تواند داشته باشد؟

عوارض سیگار بر روی کلیه سیستمهای بدن بخصوص ریه و سیستم قلبی عروقی شناخته شده است. ۸۰٪ از علل سرطان ریه به عنوان شایعترین سرطان در هر دو جنس در رابطه با سیگار تعریف شده و یکی از مهمترین عوامل خطر در ایجاد آترواسکلروز و سکته‌های قلبی و مغزی است. آمارها هنوز در مورد مصرف سیگار نگران کننده است. در سال ۲۰۰۷، ۵/۸٪ از جمعیت آمریکا و ۱۳/۶٪ از دانش آموزان دبیرستانی معتاد به سیگار بوده‌اند. بنابراین برنامه‌ای

که نوجوانان با خطرات ناشی از مصرف سیگار آشنا شوند و بطور پیشگیرانه از سیگار استفاده نکنند، مهمترین استراتژی هدفمند برای پیشگیری از مصرف مواد دخانی است.

– آیا کلینیک‌های ترک سیگار در پیشگیری از مصرف مواد دخانی موثر خواهند بود؟

نقش کلینیک‌های ترک سیگار و مشاوره‌های تلفنی در مورد دستورات و راهنمایی‌های لازم برای ترک سیگار از مهمترین ابزارهای کلیدی برای مبارزه با دخانیات است بخصوص اینکه این کلینیک‌ها با ارزیابی‌های فاکتورهای فردی، اجتماعی و فامیلی می‌توانند نقش تعیین کننده‌ای در ترک سیگار داشته باشند. یکی از این عوامل میزان وابستگی به نیکوتین (Nicotin dependency) است که با شیوه‌های مختلف، از جمله آزمون فاگرتروم ارزیابی می‌شود و تعیین شدت این وابستگی نقش جدی در برنامه ریزی شناختی- گروهی برای ترک سیگار و شیوه استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین را ایفا می‌کند.

– نقش رسانه‌های گروهی را در تاثیر بر کاهش مصرف مواد دخانی و پیشگیری از مصرف را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

نقش رسانه‌ها در افزایش اطلاعات عام، آموزش و پرورش و شهرداری‌ها در اطلاع‌رسانی و تعیین استراتژی‌های اجتماعی برای پیشگیری از مصرف سیگار و کلینیک‌های ترک سیگار و مشاوره‌های تلفنی برای قطع سیگار ثابت شده و قابل اهمیت است.



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

فرم نظرسنجی را به آدرس: تهران - نیلوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات پست نمائید یا به شماره ۰۲۱-۹۵۱۵۰۴۶۱ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: www.tpcrc.ac.ir ارسال نمائید.

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

پیشنهادها و انتقادات: