

کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور

شماره ۱۰ تیر ماه ۱۳۸۹ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای روی

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 ۱۰ تیر ۱۳۸۹

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 آریابور،
دکتر شبنم اسلامپناه، دکتر زهرا حسامی
مدیر اجرایی و مترجم

پریزاد سینایی
تایپ و حروفچینی
سعیده طباطبایی زاده

همانگی

علیرضا مظفریان
همکاران این شماره
دکتر فیروزه طلپسچی، مونا آقایی، نازی دوزنده طبرستانی
گرافیکست و صفحه آرا

فازده صفرعلی
امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی
آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۱۵-۲۶۱۰۶۰۰۳

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ

۱۰۰۰ نسخه

بها

۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.



کنترل دخانیات

- ۳ معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
- ۴ سخن روز
- ۵ مقالات منتخب
- ۶ زیر ذره بین
اثر سیگار الکترونیکی بر تمایل به سیگار کشیدن و سندرم ترک، پذیرش استفاده کننده و آزاد شدن نیکوتین: کار آزمایی متقاطع تصادفی
جنبش تنباکو؛ سر آغاز مشروطه خواهی
- ۱۳ ما توانستیم، شما هم میتوانید
ما توانستیم، شما هم می توانید
- ۱۵ فعالیتهای مرکز
برپایی غرفه در بیست و سومین نمایشگاه بین المللی کتاب طراحی پروپوزال «آنالیز محاسباتی دینامیک سیالات (CFD) جریان هوا و رسوب ذرات بر روی ناحیه آئولولار ریه انسان سیگاری و همچنین به بالغین و خردسالان در معرض دود سیگار»
- ۱۷ اخبار کشوری
ابتکاری جالب در ترغیب افکار عمومی علیه دخانیات برگزار اولین همایش ملی سلامت شهری اقدامات سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با قاچاق دخانیات
- ۲۳ اخبار بین المللی
ژاپن به دنبال ممنوعیت سیگار کشیدن در اماکن عمومی ضرب هوشی پایین تر برای سیگاری ها خطرات دود سیگار دست سوم آشکار شد انتقاد رئیس سازمان بهداشت جهانی از غول های دخانیات دعوای دخانیاتی علیه دولت نروژ
- ۲۷ معاهده جهانی کنترل دخانیات
معاهده بین المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات
- ۳۱ نشستی با صاحب نظران
مهمان ویژه این شماره: دکتر منصور رضایی
- ۳۳ مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
راهنمای ترک سیگار، شما می توانید



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

روز جهانی بدون دخانیات هم گذشت. قرار بر این بود که به واسطه این روز و هفته مربوط به آن فعالیتهای آگاه سازی عمومی گسترده‌ای صورت گیرد. دانشگاهها و مراکز علمی با استفاده از ابزار رسانه‌ای دیداری و شنیداری همتی کنند و جامعه را تحت تأثیر دخانیات و مضرات آن قرار دهند تا خلق... به خود آیند و اگر دخانیات مصرف می‌کنند تصمیم به ترک آن بگیرند و اگر مصرف نمی‌کنند با داشتن این اطلاعات هرگز به تجربه آن اقدام نمایند. گو اینکه ما می‌دانیم فقط با دانستن و داشتن اطلاعات رفتارمان تغییر نمی‌کند. حالا چقدر ماه گذشته این اطلاع‌رسانی انجام شده است و بهتر بگوییم چقدر مؤثر بوده است را ما نمی‌دانیم ولی در مقایسه فکر می‌کنیم به نسبت سالهای قبل فعالیتهای کمتری صورت گرفت که شاید به علت تغییر مدیریت مربوطه در بدنه وزارتی بوده است. به همین دلیل می‌خواهیم بگوییم به منظور تغییر رفتار سیگار کشیدن در جامعه به روز جهانی بدون دخانیات و اطلاع‌رسانی یک هفته‌ای آن اکتفا نکنیم و برای تبدیل شدن این آگاهی به باور و یقین روش‌های علمی مطلوب را همیشگی مورد استفاده قرار دهیم. انشاء...

سر دبیر

Effect of an electronic nicotine delivery device (e cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomised cross-over trial

C Bullen,¹ H McRobbie,² S Thornley,³ M Glover,⁴ R Lin,⁵ M Laugesen⁶

¹Clinical Trials Research Unit, The University of Auckland, Auckland, New Zealand
²Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK
³Section of Epidemiology and Biostatistics, The University of Auckland, Auckland, New Zealand
⁴Centre for Tobacco Control Research, The University of Auckland, Auckland, New Zealand
⁵Biometric, Covance Pty Ltd, Sydney, Australia
⁶Health New Zealand Ltd, Christchurch, New Zealand

Correspondence to
 Dr Christopher Bullen, Clinical Trials Research Unit, The University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland, New Zealand;
 c.bullen@ctr.uakland.ac.nz

Received 15 May 2009
 Accepted 2 December 2009

ABSTRACT

Objectives To measure the short-term effects of an electronic nicotine delivery device ("e cigarette", ENDD) on desire to smoke, withdrawal symptoms, acceptability, pharmacokinetic properties and adverse effects.

Design Single blind randomised repeated measures cross-over trial of the Ruyan V8 ENDD.

Setting University research centre in Auckland, New Zealand.

Participants 40 adult dependent smokers of 10 or more cigarettes per day.

Interventions Participants were randomised to use ENDDs containing 16 mg nicotine or 0 mg capsules, Nicorette nicotine inhalator or their usual cigarette on each of four study days 3 days apart, with overnight smoking abstinence before use of each product.

Main outcome measures The primary outcome was change in desire to smoke, measured as "area under the curve" on an 11-point visual analogue scale before and at intervals over 1 h of use. Secondary outcomes included withdrawal symptoms, acceptability and adverse events. In nine participants, serum nicotine levels were also measured.

Results Over 60 min, participants using 16 mg ENDD recorded 0.82 units less desire to smoke than the placebo ENDD ($p=0.006$). No difference in desire to smoke was found between 16 mg ENDD and inhalator. ENDDs were more pleasant to use than inhalator ($p=0.016$) and produced less irritation of mouth and throat ($p<0.001$). On average, the ENDD increased serum nicotine to a peak of 1.3 mg/ml in 19.6 min, the inhalator to 2.1 ng/ml in 32 min and cigarettes to 13.4 ng/ml in 14.3 min.

Conclusions The 16 mg Ruyan V8 ENDD alleviated desire to smoke after overnight abstinence, was well tolerated and had a pharmacokinetic profile more like the Nicorette inhalator than a tobacco cigarette. Evaluation of the ENDD for longer-term safety, potential for long-term use and efficacy as a cessation aid is needed.

Trial registration No.12607000587404, Australia and New Zealand Clinical Trials Register

Nicotine replacement therapies (NRTs) are safe and effective aids for smoking cessation¹; however, they remain underutilised.² To widen their appeal to smokers, a variety of effective NRTs and cigarette smoking alternatives are needed. In 2004, a Beijing-based company, Ruyan Group (Holdings) Ltd, China, patented and launched an electronic nicotine delivery device (ENDD) or "e-cigarette",³ a battery-powered device resembling a cigarette that contains

a microelectrical circuit activated by drawing on the mouthpiece. With each puff, a small amount of nicotine-propylene glycol solution contained in replaceable cartridges is heated and vapourised, to create a visible mist without smoke or flame. Manufacturers now export a growing number and variety of these devices to industrialised countries. People report buying them to help quit smoking, to reduce cigarette consumption and costs, to relieve tobacco withdrawal symptoms due to workplace smoking restrictions, or as a replacement for cigarette smoking.⁴

Although ENDD use has not been comprehensively studied, to our knowledge, no deaths or hospitalisations from ENDD use have been reported. Analyses of emissions of the Ruyan V8 ENDD suggest a low risk of toxicity (M Laugesen, 2009, TC2009/034355, submitted). The risk of impurities in the cartridge liquid is, however, of concern to the US Food and Drug Administration,⁵ and there is a lack of internationally certified manufacturing sites. Regulators also lack data on the ability of ENDDs to relieve the desire to smoke cigarettes and to suppress other tobacco withdrawal symptoms. Study designs that assess change in subjective withdrawal symptoms have been used to evaluate the utility of other novel nicotine delivery devices.⁶⁻⁸ Using such an approach, this study compared the Ruyan V8 ENDD containing 16 mg nicotine cartridges to one containing 0 mg cartridges (identical in appearance and in chemistry but lacking nicotine), Nicorette nicotine inhalator and usual cigarettes. We measured change in desire to smoke, withdrawal symptoms, product preferences, serum nicotine levels and adverse events after 1 day's use.

METHODS

Participants

Participants were recruited from the local community in Auckland, New Zealand, between January 2008 and February 2008. They were assessed via an initial telephone call for eligibility (aged between 18 and 70 years, smoked 10 or more factory-made cigarettes per day for at least the past year, smoked their first cigarette of the day within 30 min of waking, and were not currently attempting to quit smoking or wishing to do so in the next 30 days). Eligible participants were invited to visit the study centre at The University of Auckland to give written informed consent, complete a questionnaire asking about demographic and smoking



اثر سیگار الکترونیکی بر تمایل به سیگار کشیدن و سندرم ترک، پذیرش استفاده کننده و آزاد شدن نیکوتین: کار آزمایی متقاطع تصادفی

نقد: مقاله به واسطه نوآوری آن و نیز روش اجرا بسیار ارزنده می‌باشد. موضوع استفاده از سیگار برقی یکی دو سال است که در سطح بین‌المللی مطرح و ضعف و قوت ویژه خود را دارد و همان‌طور که نویسنده در نتیجه‌گیری آورده است نیاز به مطالعات بیشتر و تکمیلی کاملاً حس می‌شود.

اینکه این وسیله باعث ترک سیگار می‌گردد به طور واضح و بر اساس نتایج مطالعات کاملاً مشخص نیست و حتی بی‌ضرر بودن آن در دراز مدت نیز مورد سؤال می‌باشد. در طرف مقابل استفاده از آن می‌تواند کم‌ضررتر نشان داده شود و خصوصاً در آلاینده محیطی بسیار پایین‌تر از سیگار است. اما این مجوزی بر استفاده بیش از حد و یا تبلیغ به استفاده گسترده از آن را بوجود نمی‌آورد و بررسی‌های بیشتر لازم است.

نتایج مطالعه فوق برای سیگار برقی استفاده راحت‌تر و پذیرش بیشتر را در افراد ذکر می‌کند که به دلیل حجم نمونه کم بایستی در گروه‌های بزرگتر نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین اگر مشابه آن در مقایسه با دستگاه استنشاقی جایگزین نیکوتین که به عنوان یک روش درمانی سالهاست مورد استفاده قرار می‌گیرد ضرورت استفاده از سیگار برقی را زیر سؤال می‌برد مگر اینکه مطالعات راحتی و کم‌خطر بودن آن را ثابت کنند.

در این مدت نقدهای تندی بر استفاده از سیگار برقی صورت گرفته است که آن را یک وسیله گران بودن آن و مصرف مقطعی به اجازه مصرف سیگار در محیط‌های عمومی دانسته‌اند. این مطلب صحیح است و اگر این موارد باعث افزایش مصرف سیگار گردد و یا بواسطه گران بودن آن و مصرف مقطعی به بیشتر شدن مصرف سیگار بیانجامد بایستی نسبت به گسترش استفاده از سیگار برقی موضع مخالف گرفت ولیکن در صورت استفاده به عنوان وسیله درمانی بایستی مداخلاتی را انجام داد. همین نکات ضد و نقیض باعث شده است مجامع بین‌المللی کنترل دخانیات آن را به صورت (شمشیری دو لبه) معرفی نمایند و به طور دقیقی نتوانند اعلام نظر کنند.

به طور خلاصه این وسیله را می‌توان در مواردی محدود و به دلیل درمان ترک سیگار استفاده کرد ولیکن هدف آن به صورت رفتاری بهداشتی برای سیگار کشیدن مجاز نمی‌باشد چرا که می‌تواند با بدآموزی برای نوجوانان همراه باشد.

ترجمه و نقد این مقاله توسط دکتر غلامرضا حیدری ریاست مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات انجام گرفته است. مقاله فوق برگرفته از *bmj online journal* و مطابق آدرس زیر می‌باشد.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/2/98.full>

هدف: تعیین اثر کوتاه مدت سیگار الکترونیکی، پذیرش استفاده کننده، علائم ترک و آثار دارویی

طراحی: کار آزمایی تصادفی ساده کور تکرار شونده بوسیله دستگاه آزادکننده نیکوتین برقی

محل اجرا: مرکز تحقیقات دانشگاه اوکلند نیوزیلند

شرکت‌کنندگان: ۴۰ نفر فرد بالغ سیگاری با مصرف ۱۰ نخ یا بیشتر سیگار روزانه

مداخله: افراد به صورت تصادفی در گروه‌های مصرف‌کننده سیگار الکترونیکی ۱۶ و صفر میلی‌گرمی نیکوتین، دستگاه استنشاقی جایگزین نیکوتین و سیگار به صورت دوره‌های ۳ روزه تکراری قرار می‌گیرند و ترک سیگار و علائم‌های آن بررسی می‌گردد.

شاخص اندازه‌گیری اصلی: تغییر تمایل به مصرف سیگار در فاصله زمانی ۱ ساعت بعد از استفاده از وسیله در هر گروه براساس امتیاز ۱۱ تایی و سطح زیر منحنی شاخص‌های ثانویه شامل تمایل به مصرف سیگار، پذیرش استفاده کننده و علائم ترک. در ۹ نفر نیکوتین سرم اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: بعد از یک ساعت استفاده‌کنندگان سیگار الکترونیکی ۱۶ میلی‌گرمی به طور معنی‌داری تمایل کمتری به مصرف سیگار داشته‌اند (نسبت به سیگار الکترونیکی پلاسبو $P=0.006$) بین گروه سیگار برقی ۱۶ میلی‌گرمی و وسیله استنشاقی جایگزین نیکوتین تفاوتی در تمایل مصرف سیگار دیده نشد. سیگار برقی پذیرش بیشتری در افراد داشت و عوارض تحریک دهانی و حنجره کمتری ایجاد کرد. افزایش نیکوتین سرم در سیگار برقی ۱/۳ در وسیله استنشاقی ۲/۱ و در سیگار ۱۳/۴ میلی‌گرم در میلی‌لیتر بود.

نتیجه‌گیری: سیگار برقی پذیرش بهتر و مصرف کم خطرتر داشته است و از نظر دارویی شبیه وسیله استنشاقی جایگزین نیکوتین کار کرده است. اثرات طولانی مدت آن در ترک و نیز بی‌ضرری استفاده از آن بایستی مورد بررسی قرار گیرد.

زیر ذره پیری

جنبش تنباکو؛ سرآغاز مشروطه خواهی



اوضاع اقتصادی ایران در زمان قاجار

کشور ایران در عصر قاجار از لحاظ اقتصادی اوضاع آشفته‌ای داشت که بخشی از آن به نظام استبدادی باز می‌گشت که نظام اقتصادی را نیز به صورت خانجانی، تیولداری و اقطاع‌داری اداره می‌کرد. بر این اساس کشور به بخش‌های نیمه مستقلی تقسیم شده بود که در آن خان‌ها می‌توانستند راه‌های تجاری را ببندند، از کاروان‌ها باج بگیرند و بدین ترتیب موانع رشد و پیشرفت تجاری را فراهم سازند. در این سیستم که تضعیف حکومت مرکزی، مساوی با استقلال بیشتر بخش‌های نیمه مستقل بود، ایران به صورت کشوری عقب‌مانده و مبتنی بر محصولات کشاورزی درآمدی بود که بیش از ۸۰ درصد جمعیت آن در روستاها و ایلات براساس نظام ارباب - رعیتی به سر می‌بردند.

امتیاز بانک شاهنشاهی، بانک استقراضی، تلگراف هند و اروپا، کشتیرانی در کارون، تأسیس قزاق‌خانه، شیلات خزر، انحصار دخانیات و... که عمدتاً به روس و انگلیس اعطا شده بود، کشور را تا مرز مستعمره شدن پیش برد. در این بین انگلستان که در دهه ۱۸۵۰ به عنوان بزرگ‌ترین طرف تجاری ایران، بیش از ۵۰ درصد صادرات و واردات ایران را در دست داشت، در دوره پنجاه ساله بین ۱۸۶۳ تا ۱۹۱۴ رشته امتیازهایی نیز در مورد بهره‌برداری یا انحصار مواد خام و توسعه زیربنایی از دولت ایران دریافت کرد.

این کشور در پایان سفر اول ناصرالدین‌شاه به فرنگ در سال ۱۸۷۲، از طریق یکی از اتباع خود به نام «سارون جولوس روپتر»، امتیاز ساخت راه‌آهن، خطوط تلگراف، کشتیرانی در رودخانه‌ها، بهره‌برداری از معادن و جنگل‌های دولتی و کارهای

سلسله قاجار در طول حیات خود مشکلات عدیده‌ای داشت که از میان آنها، مشکل استبداد و انحطاط اقتصادی از همه شاخص‌تر بود. فجری‌ها که از یک سو با نفوذ استعمار انگلیس و از سوی دیگر با شکست‌های ایرانیان از روسیه روبه‌رو شده بودند، پیوسته تحت تأثیر بیگانگان قرار داشتند. در این بین رقابت سنتی انگلیس و روسیه برای به دست آوردن امتیازات گوناگون در ایران به ویژه در دوران ناصرالدین‌شاه، به اوج خود رسید. مسافرت‌های شاه به خارج از کشور که اغلب به دلیل آشنایی وی با تجدد و شیوه‌های نوین حکومت‌داری صورت می‌گرفت، به دلیل فراهم نمودن هزینه‌های سفر، معمولاً با اعطای امتیازات بزرگی نیز به روس و انگلیس همراه بود.

اعطای امتیاز انحصار محصول توتون و تنباکوی ایران از مرحله کشت تا فروش در داخل و خارج کشور به مدت پنجاه سال به یک شرکت انگلیسی از سوی ناصرالدین‌شاه، تبعات و پیامدهای زیادی را در ایران به همراه داشت و با مخالفت‌های شدید علما، بازرگانان و برخی از دولتمردان مواجه شد. در این میان حکم تحریم استعمال توتون و تنباکو از سوی مرجع بزرگ شیعیان میرزا حسن شیرازی، اعتراض عمومی بی‌نظیری علیه حکومت بوجود آورد که پیامدهای ناگوار واگذاری امتیاز دخانیات ایران به بیگانگان را از میان برد.

از این رو می‌توان تحریم تنباکو را که در سال ۱۲۷۵ خورشیدی (۱۳۰۹ هـ ق) در پی حکم آیت‌الله میرزای شیرازی شکل گرفت، به عنوان سرسلسله جنبش‌های آزادی خواهانه در تاریخ معاصر ایران به شمار آورد، چرا که مخالفت با واگذاری امتیاز تجارت تنباکو به بیگانگان، بسترهای همراهی تجددخواهان و روحانیون را در کنار مردم بوجود آورد و آنها را به قیام علیه استبداد داخلی و استعمار خارجی ترغیب کرد.

زهکشی و آبیاری (ساخت قنوات) ایران را به مدت ۷۰ سال دریافت کرد. همچنین بریتانیا موفق شد که رویترا را در آینده برای گرفتن امتیاز بانک، ساخت جاده‌ها، خیابان‌ها و ایجاد کارخانه‌ها بر سایرین مقدم سازد.

به هر روی امتیاز رویترا که ادامه روند اعطای امتیازات به بیگانگان در دوره قاجار بود، در نهایت با امتیاز انحصار تجارت توتون و تنباکو ادامه پیدا کرد. با این تفاوت که در جریان اعطای امتیاز انحصار توتون و تنباکو، مردم ایران به رهبری علما و روحانیون به پا خاستند و از حقوق حقه خود دفاع کردند.

امتیاز تجارت توتون و تنباکو

اندیشه انحصار تجارت توتون و تنباکو را نخستین بار محمد حسن خان اعتمادالسلطنه وزیر انطباعات ناصرالدین‌شاه مطرح کرد. وی در جمادی الاخر ۱۳۰۳ پیشنهادی در نه فصل و با عنوان «قانون اداره انحصار تنباکو و توتون و متفرعات آن» به ناصرالدین‌شاه عرضه نمود که البته با بی‌توجهی شاه مواجه شد. یک سال بعد اعتمادالسلطنه در نامه دیگری که در ۳۰ فصل تهیه شده بود، مسئله دریافت مالیات از عایدات دخانیات را برای ازدیاد عواید کشور تنظیم کرد. علی‌رغم آنکه ناصرالدین شاه قانون فوق را مورد تصویب قرار داد، به سبب مخالفت علما و بی‌میلی امین‌السلطان - صدراعظم که به دستور شاه عهده‌دار اجرای آن بود - هرگز تحقق نیافت.

سه سال پس از وقایع فوق و در پی سفر سوم ناصرالدین شاه به اروپا در سال ۱۲۶۹ هـ ش که به تشویق وزیر مختار انگلیس در ایران، سر «هنری درومند ولف» انجام گرفته بود، دولت انگلیس فرصت مناسب را برای کسب امتیاز انحصار توتون و تنباکو به دست آورد و زمینه‌سازی آن را به «سازور جرالد تالبوت» از نزدیکان و مشاوران لرد «سالیسبوری» (نخست‌وزیر و وزیر خارجه انگلیس) محول کرد. تالبوت نخستین مذاکره درباره انحصار تجارت توتون و تنباکو را در شهر «برایتون» با اعتمادالسلطنه آغاز کرد و پس از کسب اطلاعات کافی در این زمینه، امین‌السلطان را با دادن وعده‌های فراوان متقاعد کرد که او نیز موافقت شاه را در ازای دریافت سالانه ۲۵ هزار لیره جلب نماید.

ناصرالدین شاه که برای تأمین هزینه سفرهای خود به اروپا با مشکلات مالی مواجه بود، با اعطای امتیاز موافقت کرد و پس از مراجعت به ایران در رجب ۱۳۰۷ هـ ق (مارس ۱۸۹۰ میلادی) قراردادی را با تالبوت - که با کمک دولت و عده‌ای از سرمایه‌داران انگلیسی، «کمپانی رژی» را با سرمایه ۶۵۰ هزار لیره تأسیس کرده بود - منعقد کرد. بدین ترتیب در ۲۸ رجب ۱۳۰۷ (۲۰ مارس ۱۸۹۰) امتیاز تجارت توتون و تنباکو به مدت پنجاه سال به تالبوت اعطا شد. این امتیاز که به امضای شاه و سرهنری ولف رسید، دارای ۱۵ فصل بود که حکایت از

اختیارات تام تالبوت در امور دخانیات ایران و بی‌اعتنایی به منافع ملت ایران داشت. مطابق با این قرارداد، شرکت «رژی» متعهد می‌شد که در ازای انحصار خرید و فروش توتون و تنباکوی ایران به مدت پنجاه سال، سالانه مبلغ ۱۵ هزار پوند استرلینگ به همراه یک چهارم سود خالص خود را به شاه بپردازد.

بنابراین با انعقاد این قرارداد، تولیدکنندگان و فروشندگان داخلی نیز استقلال خود را از دست دادند و برای فروش توتون و تنباکو باید از شرکت خارجی اجازه می‌گرفتند.

کمپانی رژی در آغاز به صورت ناشناخته به فعالیت می‌پرداخت. هنگامی که به استناد فصل نهم امتیازنامه - که صاحب امتیاز را مجاز به واگذاری حقوق خود به دیگری می‌کرد - امتیاز خود را به «شرکت شاهنشاهی تنباکوی ایران» فروخت، با مخالفت‌های گسترده‌ای از سوی مردم و روحانیون مواجه شد.

در این زمان انتشار اعلامیه‌ای رسمی از سوی دولت که واگذاری امتیاز تنباکو را تذکر می‌داد و در عین حال به زارعان توتون و تنباکو نیز وعده خرید عادلانه و نقدی محصولات آنها را می‌داد، موج گسترده‌ای از نارضایتی را دامن زد.

در سال ۱۸۹۰، روزنامه فارسی «زبان اختر» که در عثمانی منتشر می‌شد، طی مصاحبه‌ای با تالبوت، تفاوت فاحش امتیاز دخانیات ایران را با امتیازی که کمپانی رژی از عثمانی گرفته بود، یادآور شد و ضمن انتقادهای گسترده از دولت، تبعات و پیامدهای قرارداد را برای مردم ایران روشن کرد.

با توجه به این مطلب که توتون و تنباکو از مهمترین اقلام تجاری و صادراتی ایران بود و حدود ۲۰۰ هزار نفر به کشت و خرید و فروش آن اشتغال داشتند، بنابراین انحصار خرید و فروش این محصول به یک شرکت انگلیسی منافع بسیاری از مردم ایران را به خطر می‌انداخت. به همین سبب نخستین اعتراض‌ها را تاجران دخانیات آغاز کردند که تجارتشان مستقیماً در معرض تهدید کمپانی رژی بود. در آغاز عده‌ای از بازرگانان به همراه امین‌الدوله نزد شاه رفتند و به انحصار تجارت تنباکو اعتراض کردند.

این اعتراض موجب شد که دولت به انگیزه دلجویی از آنان مهلت شش ماهه‌ای برای فروش ذخایر توتون و تنباکوی تاجران قایل شود. با این حال مهلت فوق نیز نمی‌توانست خسارات ناشی از واگذاری امتیاز را جبران سازد.

در این میان روس‌ها نیز که در منطقه ساوجبلاغ به کشت تنباکو اشتغال داشتند به امتیاز فوق اعتراض کردند و آن را ناقض عهدنامه ترکمان چای خواندند و خواستار لغو آن یا عقد قرارداد مشابهی شدند.

به هر روی علاوه بر دلایل سیاسی - اقتصادی، عوامل فرهنگی مذهبی نیز در آغاز جنبش تنباکو دخیل بودند. حضور فرهنگ استعماری و گسترش فساد، تهاجمی بود که به تبع



نیز که اوضاع تبریز را نامطلوب می‌دید، حاضر به پذیرش تمامی مأموران و کارکنان خود از میان ایرانیان و مسلمانان شد که این امر هم نتیجه‌ای در پی نداشت.



در این میان اصفهان که تجار و علمای آن همکاری بیشتری داشتند به رهبری سه عالم مجاهد، حاج شیخ محمدتقی (آقاجقی)، شیخ محمدعلی و ملا باقر فشارکی به مخالفت با قرارداد مزبور پرداختند. علمای اصفهان برای اولین بار در منطقه خود استعمار دخانیات و تنباکو را تحریم و کارکنان رژی را نجس اعلام کردند. بدین ترتیب تولیدکنندگان تنباکو، محصول خود را یا به آتش کشیدند و یا در بین فقرا تقسیم کردند و از معامله با کمپانی رژی خودداری ورزیدند. حاکم اصفهان برای لغو این حکم با علما مذاکره کرد، اما با مخالفت آنان روبرو شد. فشار روز افزون بر علما بسیاری از آنان را وادار به ترک اصفهان کرد که از آن جمله می‌توان به مهاجرت آقا منیرالدین بروجردی اصفهانی اشاره کرد که شبانه به عراق و نزد میرزای شیرازی هجرت کرد.

همزمان با سایر شهرها نارضایتی در تهران نیز آشکار شد. میرزا حسن آشتیانی از علمای بزرگ تهران بارها با شاه و امین‌السلطان ملاقات و مضار امتیاز را گوشزد کرد، ولی آنان به این پنهان که امضای شاه، معتبر و طرف مقابل نیز دولت انگلیس است به این اعتراض‌ها وقتی ننهاند. در این ایام سیدجمال‌الدین اسدآبادی نیز که به دعوت ناصرالدین شاه در تهران به سر می‌برد، به مخالفت علنی با امتیاز پرداخت واز ایران اخراج شد.

علی‌رغم تمامی مخالفت‌ها و ناآرامی‌ها، شاه و امین‌السلطان، ملت را نادان و غیر مطلع از جریانات خواندند و به اعمال پیشین خود ادامه دادند. از این رو علما چاره کار را در آن دیدند که به میرزا محمدحسن شیرازی، مرجع تقلید وقت که در سامرا ساکن بود، متوسل شوند.

میرزای شیرازی، صاحب فتوای تحریم تنباکو

میرزا محمدحسن بن میرزا محمود بن محمد اسماعیل حسینی شیرازی از علمای عالیقدر شیعه در پانزدهم جمادی الاول سال

حضور عینی اجانب در ایران صورت می‌گرفت. از این رو اقدامات فوق عالمان دینی را به دلیل متزلزل شدن اساس دین و استقلال کشور توسط قدرت بیگانه و مغایرت امتیازات با قرآن مجید (قاعده نفی سبیل)، به تحریم تنباکو ترغیب نمود. در واقع دلیلی اصلی مخالفت علما با این امتیاز، افزون بر جنبه تجاری آن و اختلال در نظام بازرگانی کشور، نگرانی از نفوذ تدریجی و سلطه کامل بیگانگان بر ایران بود که از تجربه کمپانی هند شرقی ناشی می‌شد. به همین سبب مردم مسلمان ایران با این اندیشه که انگلیسی‌ها قصد دارند، کمپانی رژی را به کمپانی هند شرقی و ایران را همانند هند به مستعمره خود تبدیل کنند، به مخالفت گسترده پرداختند.

مخالفت علما و اوج‌گیری مخالفت‌ها

نهاد مرجعیت شیعه به سبب تقیدی که به آیه نفی سبیل داشته و دارد، همواره طرح‌هایی را به اجرا گذاشته که به استقلال کشور کمک کرده است. در طول تاریخ، علمای شیعه که نمی‌توانستند شاهد فروپاشی اقتصاد ملی و وابستگی مسلمین به بیگانگان باشند، همواره در جهت مقابله با تهدید اقتصاد ملی، قدم‌های عملی ویژه‌ای نظیر تحریم خرید کالاهای بیگانه و تحریم مردم به استفاده از امتعه وطنی و ملی برداشته‌اند. علی‌الخصوص که شیعیان با دیدگاه ترجیح عدالت بر امنیت، قیام علیه حاکم جائز را روا می‌دارند و به این ترتیب روحیه ظلم‌ستیزی مضاعفی را میان مردم بوجود می‌آورند. این روحیه سبب حمایت و طرفداری مردم از علما و روحانیون، به عنوان یگانه مأمن و پناهگاه شده است که نمونه‌های بارز آن را می‌توان در فتاوی‌ای جهاد در جنگ ایران و روس و حکم تحریم تنباکو مشاهده کرد.

از این رو نخستین اعتراض‌ها به رهبری روحانیت، توسط سید علی‌اکبر فال‌اسیری از علمای برجسته شیراز آغاز شد. این اعتراض که همزمان با ورود مأموران انگلیسی رژی به شیراز به تعطیلی بازارها و اجتماع مردم در مساجد انجامید، رژیم را برای مقابله به دستگیری و تبعید سیدعلی‌اکبر فال‌اسیری و گلوله باران مردم واداشت. علیرغم تمامی خشونت‌های حکام، مقاومت مردمی ادامه یافت و قیام مردم شیراز به تبریز، مشهد، اصفهان، تهران و دیگر نقاط ایران گسترش یافت.

در تبریز، مردم به رهبری آیت‌الله حاج میرزا جواد آقامجتهد تبریزی به مقابله با قرارداد برخاستند و ضمن کندن و پاره کردن اعلامیه‌های کمپانی از روی دیوارها و معابر عمومی، از پذیرفتن خارجی‌ان نیز خودداری کردند. مردم تبریز که با خشونت حکومت مواجه شدند، بیگانگان را تهدید به قتل در روز عاشورا کردند. در این بین رژیم برای خاموش کردن شعله‌های قیام، تصمیم به ایجاد تفرقه در صفوف روحانیون گرفت که در نهایت از این حربه نیز سودی نبرد. کمپانی رژی

تصمیم گرفتند که با سیاست دفع الوقت، به تدریج مردم و علما را از توجه به مسأله تنباکو منصرف سازند؛ اما دادخواهی بی‌وقفه مردم و بی‌اعتنایی شاه به تلگرام میرزای شیرازی سبب صدور تلگرامی دیگر به شاه شد که آن نیز بی‌حاصل بود. سرانجام وقت‌گذرانی شاه و اعوان و انصارش در ارائه پاسخی متین و صحیح، میرزای شیرازی را به صدور حکم تحریم استعمار توتون و تنباکو واداشت.

در اواخر ربیع‌الثانی ۱۳۰۹ در تهران شایع شد که حکمی از میرزای شیرازی در باب تحریم استعمال دخانیات صادر و به اصفهان مخابره شده است. در اوایل جمادی‌اولی با رسیدن محموله پستی به تهران، صورتی از حکم در میان مردم منتشر شد با این توضیح که نسخه اصلی آن را فقط میرزا حسن آشتیانی مشاهده کرده است.

متن حکم چنین بود: «بسم الله الرحمن الرحيم اليوم استعمال تنباکو و توتون بای نحو کان در حکم محاربه با امام زمان علیه السلام است. حرره الاقل محمدحسن الحسینی.»



از صدور حکم تا لغو امتیاز

بلافاصله پس از صدور فتوا، مأموران حکومت وظیفه یافتند که از انتشار این حکم و آگاهی مردم نسبت به آن ممانعت به عمل آورند. با این حال در همان نیمه روز اول که حکم به دست میرزا آشتیانی رسیده بود، در حدود ۱۰۰ هزار نسخه از حکم نوشته و در سراسر کشور پخش شده بود.

با صدور این فتوا، مردم از همه اصناف، مبارزه سیاسی علیه قرارداد استعماری امتیاز تنباکو را یک وظیفه شرعی و تکلیفی الهی دانستند و قلیان‌ها را شکسته و توتون و تنباکو را به آتش کشیدند. در این بین حتی اندرونیان حرمسرای شاهنشاهی نیز از استعمال دخانیات پرهیز کردند. به نحوی که «نیس الدوله»،

۱۲۲۰ هـ ق در شیراز دیده به جهان گشود. میرزا پس از طی مقدمات علوم در حوزه‌های علمیه شیراز و اصفهان به عراق رفت و در سال ۱۲۵۹ هـ ق وارد کربلا شد. وی در این ایام در کلاس درس آیت‌الله سیدابراهیم صاحب ضوابط شرکت جست و پس از آن عازم نجف شد و در حوزه‌های درس علما و اساتیدی چون صاحب جواهر و صاحب انوارالفقاهه حاضر شد. پس از فوت صاحب جواهر به سلک شاگردان شیخ انصاری اعلی الله مقامه الشریف درآمد.

هنگامی که در سال ۱۲۸۱، شیخ مرتضی انصاری دار فانی را وداع گفت، تمامی شاگردان شیخ بر تقدم میرزای شیرازی اتفاق کردند و وی را به عنوان مرجع عالی‌قدر جهان تشیع برگزیدند. وی که حدود ۲۳ سال مرجع شیعیان جهان بود، در سال ۱۲۹۱ هـ ق در سامره اقامت گزید و در آنجا به تدریس و تعلیم مشغول گشت و شاگردان بسیاری را تربیت کرد.

میرزای بزرگ شیرازی که سرانجام در روز ۲۴ شعبان ۱۳۱۲ هـ ق رحلت کرد، علاوه بر آنکه مرجعیت بلامنازع شیعه و عالم اسلام را بر عهده داشت، یکی از بزرگترین جنبش‌های مذهبی علیه ظلم و فساد حاکم و استعمار را در ایران پایه‌گذاری کرد. از این رو آنچنان نام میرزای شیرازی و جنبش تحریم تنباکو با هم و با تاریخ معاصر ایران عجین شده است که جدا کردن آنها از یکدیگر امری ناممکن به نظر می‌آید.

میرزای شیرازی از همان ابتدا به واسطه نامه‌هایی که از علمای ایران دریافت می‌کرد و از طریق اخباری که سیدعلی اکبر فال اسیری و آقا منیرالدین بروجرودی به وی می‌دادند، از اعطای امتیاز انحصار تجارت تنباکو و پیامدهای آن مطلع شده بود. از سوی دیگر سیدجمال‌الدین اسدآبادی نیز که در بصره در تبعید به سر می‌برد، طی نامه‌ای درباره مظالم شاه به میرزای شیرازی نوشت و در آن مسئولیت بزرگی را که علمای دین در دفاع از حقوق مسلمانان دارند، یادآور شد.

از این رو میرزای شیرازی، همزمان با شروع ناآرامی در تبریز در اول ذیحجه سال ۱۳۰۸ هـ ق با ارسال تلگراف مفصلی به شاه، ضمن اشاره به مضار و مفاسد اجازه مداخله خارجی‌ها در ایران به اعطای امتیازات نیز توجه کرد و همه آنها را منافی صریح قرآن، نوامیس الهیه و استقلال ایران خواند.

شاه به تلگرام میرزا پاسخ نداد و برای توجیه اقدامات دولت و ذکر دلایل اعطای امتیاز و مشکلات ناشی از لغو آن، میرزا محمود خان مشیرالوزاره کارپرداز ایران در بغداد را نزد میرزای شیرازی در سامرا فرستاد. با این حال میرزا در پاسخ تمامی این نشبثات، فقط بر این نکته تأکید کرد که فقط باید به ملت مسلمان تکیه کرد و «دولت اگر از عهده جواب بیرون نتوان آید ملت از جواب حسایی عاجز نیست» و «اگر دولت از عهده بر نمی‌آید، من به خواست خدا آن را بر هم می‌زنم.»

به هر روی شاه و دربار، به گفته‌های میرزا بی‌اعتنایی کردند و



خود، به اصرار امین‌السلطان تلگرامی حاکی از لغو امتیاز داخلی پاسخ میرزای شیرازی ارسال کردند. دو هفته پس از اعلام لغو امتیاز داخلی، پاسخ میرزای شیرازی به تلگرام علما به تهران ارسال شد. او در این تلگرام ضمن تشکر از شاه به سبب لغو امتیاز، اظهار امیدواری کرده بود که دست‌های خارجی به کلی از ایران کوتاه شود. پاسخ مزبور که به هیچ وجه مقصود اصلی دولتیان را که خواهان صدور حکم حلیت استعمال تنباکو بودند، تأمین نمی‌کرد، ادامه امتناع مردم از مصرف توتون و تنباکو را نیز در پی داشت.

دولت که میرزای آشتیانی را عامل ناآرامی می‌پنداشت از او خواست تا به منبر برود و حلال بودن استعمال تنباکو را اعلام کند. شاه برای پایان دادن به اوضاع نامساعد، شدت عمل بیشتری نشان داد و از یک سو فرمان بازگشایی تمامی قهوه‌خانه‌ها را صادر نمود و از سوی دیگر میرزای آشتیانی را در قلیان کشیدن در مجامع عمومی و یا خروج از دارالخلافه (تهران) مختار کرد.

میرزای آشتیانی نیز بی‌درنگ ترک تهران را بر مخالفت با حکم میرزای شیرازی ترجیح داد و آماده حرکت شد.

در سوم جمادی‌الآخر ۱۳۰۹، مردم پس از آگاهی از تصمیم میرزای آشتیانی مبنی بر خروج از دارالخلافه در منزل وی در محله سنگلج اجتماع کردند و از آنجا به سمت میدان ارگ و کاخ گلستان رفتند. زنان پیشاپیش مردان خطاب به شاه فریاد می‌زدند و نگرانی خود را نسبت به بیرون کردن علما از شهر اعلام و تأکید می‌کردند که دولت قصد دارد دین آنها را از بین ببرد تا فرنگیان بر مردم سلطه یابند.

سوغلی ناصرالدین‌شاه دستور جمع‌آوری قلیان‌ها را صادر نمود. بدین ترتیب شاه که حتی در اندرونی خویش نیز شاهد شکسته شدن قلیان‌ها و تحریم توتون و تنباکو بود، برای آنکه میباید کسی از دستورش سرپیچی نماید و به احترامش لطمه‌ای وارد آید، به هیچ یک از نوکران خود دستور آوردن قلیان را نمی‌داد.

این حرکت همگانی و تبعیت آشکار مردم از حکم میرزای شیرازی، اولیای دولت را بر آن داشت که به منظور ایجاد خلل در رفتار معترضان مردم، شایعه جعلی بودن حکم را مطرح سازند. از این رو با مساعدت و عاظ‌السلطنین و معممین دربار به شایعه جعلی بودن فتوی دامن زدند و حاج محمد کاظم ملک‌التجار را منشأ جعل حکم معرفی و او را به قزوین تبعید کردند. اما این اقدامات نیز تأثیری در روند قضایا نداشت و شاه و دربار را ناگزیر به سمت تفرقه‌افکنی میان علما کشاند. از این رو شاه و امین‌السلطان به میرزای آشتیانی روی آوردند و از او خواستند که چون او نیز همانند میرزای شیرازی مجتهد است، حکمی بر اباحه و تجویز استعمال دخانیات صادر کند. در این بین میرزای آشتیانی و دیگر علما، شاه و درباریان را به کلی مأیوس ساختند و قاطعانه گفتند که حکم میرزای بزرگ را جز خود او، شخص دیگری نمی‌تواند تغییر دهد. آنها همچنین اضافه کردند که «این کار اصلاح بر نمی‌دارد، باید متوقف شود... این امتیازات باید برگردد و تا برنگردد میرزا آرام نمی‌گیرد.»

در نتیجه آخرین حربه‌شاه و دربار، تشکیل جلسه‌ای با حضور دولتیان و علما بود. در این جلسه که افرادی نظیر میرزا حسن آشتیانی و شیخ‌هادی نجم‌آبادی حضور نداشتند، شاه خواستار حکم حلیت استعمال تنباکو شد که با پاسخ صریح حاضران مواجه شد. در این میان امین‌السلطان راه دیگری در پیش گرفت و به علما وعده داد که اقداماتی جهت لغو امتیاز خواهد کرد و در برابر از آنان خواست که صریحاً استعمال دخانیات را مجاز اعلام کنند. بدین ترتیب ناصرالدین‌شاه که از یک سو با اوضاع آشفته داخلی و از سوی دیگر با مخالفت‌های جدی مسئولان کمپانی و کارگزاران سفارت انگلیس روبه رو بود، در حالی که فقط دو هفته از صدور حکم تحریم می‌گذشت به الغای انحصار داخله توتون و تنباکو پرداخت تا امین‌السلطان در جلسه دیگری با حضور علما، این خبر را اعلام کند که از این پس انحصار داخلی لغو شده و مردم می‌توانند توتون و تنباکوی خود را آزادانه در داخل کشور خرید و فروش کنند.

با لغو انحصار داخلی، علما در برابر اصرار امین‌السلطان اظهار داشتند که چون امتناع مردم از استعمال دخانیات مستند به حکم میرزای شیرازی است، یگانه چاره کار مراجعه به وی و کسب اطلاع از نظر اوست. در واقع آنها ضمن رفع تکلیف از

تنباکو پیامدهای مهمی نظیر استبدادگریزی، مقابله با استیلای بیگانه، حضور زنان در صحنه مبارزه، همگانی بودن نهضت، اتحاد گروه‌ها و اصناف مختلف و... را در پی داشت که اگر به آنها مقاومت مردمی، ضرورت التزام به احکام دین، رعایت حکم مرجع تقلید و پذیرش فراخوان علما برای مقاومت را نیز اضافه نماییم، نتایج مثبت آن را در عرصه‌های بعدی تاریخ ایران مشاهده خواهیم نمود. در واقع جنبش تنباکو اولین مقاومت همگانی مردم ایران در برابر بیگانگان و استبداد شاهی بود که بر حوادث و رویدادهای پس از خود تأثیر بسیار نهاد.

نتیجه‌گیری

در فضایی که حکام ایران برای تهیه مبالغ هنگفت خوش‌گذرانی‌ها و سفرهای اروپایی خود، امتیازات بی‌شماری به بیگانگان می‌دادند و کشور را دچار نا امنی اقتصادی می‌کردند، روحانیون بزرگی نظیر میرزای شیرازی با این شیوه زمامداری به مقابله پرداخته و با برخورداری از حمایت عمومی، از اعطای امتیازهای گوناگون ممانعت به عمل آوردند.

جنبش تنباکو که نمونه‌ای موفقیت‌آمیز از یک حرکت عمومی در تاریخ معاصر ایران است، پیروزی خود را مرهون پیوند ویژه رهبران مذهبی و مردم بود. در واقع جنبش تنباکو که در نهایت به انقلاب مشروطه و امضای فرمان مشروطیت توسط مظفرالدین شاه قاجار در سال ۱۲۸۵ هجری شمسی انجامید، یک بار دیگر پیوند دیرپای روحانیت اصیل و مردم را نشان داد.



منبع: پایگاه اینترنتی موسسه مطالعات و پژوهش‌های سیاسی

همچنین در این ایام زمزمه‌های جهاد علیه دستگاه نیز بالا گرفته بود و اعلامیه‌هایی بدین مضمون که «بر حسب حکم جناب حجت‌الاسلام، آقای شیرازی، اگر تا ۴۸ ساعت دیگر امتیاز دخانیات لغو نشود، یوم دوشنبه آتیه، جهاد است، مردم مهیا شوید.» بر در و دیوار شهرها نصب شده بود.

به هر روی پیشروی مردم، دربار را وحشت زده کرد و کوشش کامران میرزا نایب‌السلطنه برای آرام کردن مردم حاصلی نداشت. به طوری که وعده‌های او به نیابت از شاه که «فرنگی‌ها را بیرون می‌کنیم» و یا دستخط شاه خطاب به وی که اعلام می‌داشت، «امتیاز داخله را که برداشته بودیم، حال امتیاز از خارجه را هم برداشتیم و مردم مجبور در کشیدن قلیان نیستند تا حکم از جناب میرزای شیرازی برسد»، بی‌حاصل ماند. بی‌نتیجه ماندن وعده‌ها سبب شد که محمدعلی خان معین نظام، فرمان تیراندازی صادر کند و در این تیراندازی‌ها عده‌ای کشته شوند.

در پی این کشتار، میرزای آشتیانی از پذیرش هدایای شاه که برای دلجویی از او فرستاده بود، خودداری ورزید و مردم را به استقامت عاقلانه و اجتماع در مسجد جامع فراخواند. میرزای آشتیانی برای پایان گرفتن غائله سه پیشنهاد به مضمون پرداخت خون‌بهای مقتولین، مصونیت حاضران در تظاهرات و برچیدن بساط همه امتیازات خارجی را مطرح ساخت.

سرانجام شاه در پنجم جمادی‌الآخر ۱۳۰۹ برای اطمینان بیشتر در دستخطی به امین‌السلطان لغو کامل امتیاز را اعلام کرد تا وی به آگاهی علما و مردم برساند ولی مخالفان آرام نگرفتند و عزل امین‌السلطان - که از نظر آنان حامی امتیاز بود - و لغو تمامی قراردادهایی که با خارجی‌ان منعقد شده بود را خواستار شدند. بدین ترتیب در نتیجه لغو امتیاز تنباکو، حکم تحریم تنباکو نیز پس از ۵۵ روز از سوی علما لغو شد. البته در این بین کارگزاران خارجی که تلاش‌های خود را بی‌ثمر می‌دیدند، به ادعای خسارت پرداختند و خواستار ۶۰ هزار لییره غرامت از دولت ایران شدند که در نهایت توافق بر سر مبلغ ۵۰ هزار لییره حاصل شد. بدین منظور شاه از بانک‌شاهنشاهی که در دست انگلیسی‌ها بود، مبلغ فوق را به عنوان وام دریافت و یک بار دیگر وابستگی ایران را به بیگانگان تشدید کرد.

پیامدهای جنبش تنباکو

اگر چه در ظاهر لغو اعطای امتیاز تنباکو، موجب پرداخت غرامت و خسارت از سوی دولت ایران به طرف انگلیسی شد، با این حال خسارتی که ایران پرداخت کرد، در برابر خسارات ناشی از اجرای قرارداد، ناچیز به شمار می‌آمد. به هر روی نهضت

ما تو هستیم، شما هم می‌توانید!

لطفاً خودتان را معرفی کنید؟

اکبر چهاردولی هستم سی و دو سال سن دارم. میزان تحصیلاتم در حد راهنمایی است. متأهل و دارای یک فرزند دختر هستم در خانواده ما تقریباً تمامی افراد سیگاری هستند. من هم از زمان سربازی سیگاری شدم. شاید این هم به دلیل دوری از خانواده بود. آن زمان یکی از دوستان قدیمی من با من سربازی بود اولین بار او به من سیگار تعارف کرد من هم کشیدم. روزهای اول مصرف کم بود و این موضوع تا ۵ سال ادامه داشت و دور از چشم خانواده مصرف می‌کردم چون آنها موافق نبودند ولی کم‌کم به صورت عادی درآمد و مصرف من تقریباً چندین برابر شد.

اولین بار که سیگار کشیدید چه احساسی داشتید؟

احساس سرگیجه به من دست داد، وضعیت مزاجم به هم خورد و این تا یک ماه ادامه داشت اما با خودم می‌گفتم چون می‌خواهم سیگاری شوم یا به عبارتی بزرگ شوم بنابراین باید تحمل کنم!

چطور شد تصمیم گرفتید ترک کنید؟

چون احساس خوبی نداشتم. البته از نظر جسمی نیز آسیب بسیاری دیدم تقریباً دی ماه بود که یکی از دوستانم به من گفت که چرا از کلاسهای ترک سیگار استفاده نمی‌کنی؟ من هم تلفنی آدرس اینجا را گرفتم و آمدم اینجا و به نظر خودم موفق شدم و الان که با شما صحبت می‌کنم تقریباً دوازده روز است که سیگار نکشیدم.

آیا دوست دارید که این ۱۲ روز تبدیل به ۱۲ ماه شود؟

بله امیدوارم که دوازده سال بگذرد و من وقتی به پشت سر

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

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

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

در پایان هر دوره به افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند لوح تقدیر اهدا می‌گردد و این افراد نیز در صورت تمایل از احساس موفقیت و نظر خود درباره این اقدام و شرکت در این کلاسها یادداشتی می‌نویسند. شاید با خواندن این یادداشتها و دلایل ترک آنها، سایر افراد سیگاری نیز تشویق به ترک سیگار گردند. فراموش نکنند که هیچ‌وقت برای ترک سیگار دیر نیست.

ما توانستیم، شما هم می‌توانید!



خودم نگاه می‌کنم ببینم که دوازده سال بدون مصرف دخانیات گذشت.

آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟

بله، شبها به خاطر تنگی نفس خوابم نمی‌برد. وقتی می‌خواهم با کسی صحبت کنم صدایم خس‌خس می‌کند ولی الان خیلی راحت‌تر شدم. دیگر تنگی نفس ندارم. انگار تازه به دنیا آمدم ولی به افرادی که این نوشته‌ها را می‌خوانند توصیه می‌کنم از همان ابتدا سراغ دخانیات نروند چرا که وقتی آسیب جسمی وارد شد جبران آن خیلی مشکل است.

آیا می‌دانید مصرف سیگار به خودتان و دیگران چقدر آسیب رسانده است؟

بله، گذشته از آسیبهایی که به خودم وارد شده، خانوادام بالاخص دخترم خیلی در عذاب بودند. این مسئله باعث شد که در تصمیم خودم مصمم‌تر شدم.

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

جلسه اول بیست نفر بودیم اما جلسه آخر سه نفر شدیم. آیا دوست داشتید جزء ۱۷ نفری بودید که کلاس را با شکست ترک کردند؟

خیر، من با علاقه و هدف در کلاسها شرکت می‌کردم. همیشه تقریباً نیم ساعت زودتر در کلاس حاضر بودم و از روز اول حرفهای خانم دکتر برایم خیلی اهمیت داشت. در واقع علاقه

شخصی من این است که این کلاسها ادامه داشته باشد.

برای رسیدن به این هدف چقدر تلاش کردید؟

خیلی تلاش کردم بهتر است صادقانه بگویم در ابتدای کار اصلاً امید نداشتم چون سیزده سال زمان کمی نیست ولی با اراده قوی که در خودم سراغ داشتم دانماً با خودم می‌گفتم من می‌توانم.

از اینکه به همسر و فرزندان بگویید می‌خواهم به کلینیک ترک سیگار بروم خجالت نکشیدید؟

خیر، در واقع خانواده من بهترین مشوق من در این راه بودند یا بهتر بگویم زمانی که سیگار مصرف می‌کردم از خودم هم خجالت می‌کشیدم.

آیا اگر من الان به شما یک سیگار تعارف کنم از من قبول می‌کنید؟

خیر

به من چه می‌گویید؟

اول به شما می‌گویم تازه کشیدم اما اگر شما خیلی مصر شدید حقیقت را به شما می‌گویم.

چه توصیه‌ای برای فردی که سیگار مصرف می‌کند دارید؟

این کلینیک را به او معرفی می‌کنم و از او خواهش می‌کنم که حتماً به این مکان مراجعه کند. از ضررهایی که به من وارد شد به او می‌گویم و اگر او انسان عاقلی باشد حتماً از تجربیات من استفاده می‌کند.



من دوازده ماه هم می‌کامی

من می‌دانم اول بانفس خودم مبارزه کنم

برای همین این صولت ترک سید را برای گرفتن درامداری

آن را برای مبارزه با بزرگترین دشمنم

درستان در مرکز من دانه ر می‌تواند این مشکل امیا دم بسیار یا نیکوین

را حل کند در زندگی من وقت عبیری لب فرامد کرد

ابو جبار علی

فراپیتهاگم مرکز

تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

برپایی غرغه در بیست و سومین نمایشگاه بین‌المللی کتاب

پمفلت‌های تهیه شده در این مرکز بخشی از فعالیتهای مرکز تحقیقات کنترل و پیشگیری دخانیات در نمایشگاه بین‌المللی کتاب بوده است. لازم به ذکر است کتابهای راهنمای ترک سیگار شما می‌توانید، روشهای ترک سیگار در بیماران ربوی، کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات راهنمای کشورهای کم درآمد، راهنمای آموزشی جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات، دخانیات یک تهدید جهانی در نمایشگاه بین‌المللی کتاب به فروش رسید.

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات پژوهشکنده سل و بیماریهای ربوی در پنجمین روز از بیست و سومین نمایشگاه بین‌المللی کتاب که از تاریخ ۱۵ لغایت ۲۵ اردیبهشت ۱۳۸۹ در مصلی تهران برگزار شد، حضور فعال داشت. حضور در این نمایشگاه به منظور آشنا شدن هر چه بیشتر مردم با عملکرد مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، افزایش آگاهی مردم از مضرات مصرف دخانیات و همچنین معرفی کتابهای منتشر شده بوده است. توزیع رایگان ماهنامه کنترل دخانیات، بروشورها و

طراحی پروپوزال «آنالیز محاسباتی دینامیک سیالات (CFD) جریان هوا و رسوب ذرات بر روی ناحیه آلوئولار ریه انسان سیگاری و همچنین به بالغین و خردسالان در معرض دود سیگار»

مقدمه

از آنجایی که قسمت‌های فوقانی سیستم تنفسی انسان توانایی جذب ذرات استنشامی در دود سیگار را ندارد، این ذرات وارد بخش‌های انتهایی ریه شده و در ناحیه آلوئولار رسوب می‌کنند. هنگامی که هوا وارد این ناحیه می‌شود، دارای سرعت بسیار پایینی می‌باشد و تقریباً بی‌حرکت است. ذراتی که به ناحیه آلوئولار می‌رسند معمولاً دارای قطر $1 \mu\text{m}$ یا کمتر می‌باشند.

با افزایش قدرت کامپیوترها و توسعه وسیع آنالیز محاسباتی دینامیک سیالات (CFD3) جریان سیالات در هندسه‌های پیچیده قابل مدل‌سازی شده است. محاسبات CFD این مکان را فراهم می‌سازد تا جریان هوا و همچنین حرکت ذرات در نواحی مختلف سیستم تنفسی انسان با دقت بالایی شبیه‌سازی شود. رسوب ذرات در هر ناحیه تحت تأثیر پیچیدگی هندسه و همچنین جریان هوای تنفسی و دینامیک حاکم بر ذرات تغییر می‌کند. در این تحقیق جریان هوا و همچنین رسوب ذرات در هوای دمیده شده با دود سیگار در ناحیه آلوئولار ریه انسان مدل‌سازی شده است. معادلات حاکم در جریان هوا و حرکت ذرات به صورت عددی حل شده است. در فاز اول تحقیق هندسه سه بعدی ناحیه آلوئولار براساس دیتاهای ریخت‌شناسی موجود در مطالعات گذشته، توسط نرم‌افزار Pre-processor پکیج CDF

امروزه امراض ربوی جزو مشهورترین تهدیدهای سلامتی انسان به شمار می‌روند و اثرات کشنده این بیماریها توجه محققین را به خود جلب کرده است. ذرات میکرومتری معلق در هوا که با هر دم وارد سیستم تنفسی انسان می‌شوند، قابلیت رسوب در بخش‌های انتهایی ریه را دارند و از این رو از اهمیت بسیار بالایی در بررسی خطرات ناشی استنشاق هوای آلوده برخوردارند. شرکت‌های دارویی و همچنین سازنده‌های دستگاه دمنده دارو نیز مواد دارویی را به صورت ذرات معلق میکرومتری در دم ورودی به بخش‌های آسیب دیده در ریه فرد بیمار می‌رسانند. بیشتر داروها به منظور درمان امراض ربوی از طریق دم ورودی بیمار به ناحیه آسیب دیده می‌رسند تا از طریق جریان خون (Smith et al., 1996). دود ناشی از سیگار یکی از منابع اصلی ذرات میکرومتر معلق در هوا به خصوص در فضاهای سرپسته می‌باشد. ذرات تولیدی توسط سیگار توانایی رسوب در بخش‌های انتهایی ریه انسان را دارند. علاوه بر تأثیر دود سیگار بر روی خود سیگاری، ضرر دود سیگار برای افراد غیرسیگاری که در فضای بسته مشترکی هستند می‌تواند قابل توجه باشد، به خصوص برای کودکان. Schlitt and Knoppel (۱۹۸۹) نشان دادند که فرد غیرسیگاری که در 50 cm یک فرد در حال مصرف سیگار بایستد بیشتر از ۱۰ برابر فرد سیگاری ترکیبات کربونیل را استنشام می‌کند.

مدلسازی ناحیه آلوئولار ریه انسان نیز توسط محققین دانشگاه کالیفورنیا به طور وسیعی مورد بررسی قرار گرفته است. آنها ابعاد هندسه خود را براساس نسل ۱۸ ام مدل ریه Weibel (۱۹۶۳) شبیه‌سازی کرده و میزان ذرات رسوب شده در ناحیه آلوئولار طی دو تایمه دم و بازدم را برای یک هندسه دو بعدی مدل‌سازی کردند.

مدلسازی حرکت ذرات در ریه انسان به کمک CFD شاخه بکر و جدیدی در بیوکاتیک محسوب می‌شود و کاربرد آن در بررسی سلامت انسان، صنایع دارویی و تولید دستگاه دمنده دارو میزان قابل توجهی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است.

اهداف تحقیق

در این تحقیق ما در پی آن هستیم تا به نوعی شرایط واقعی حرکت ذرات دود سیگار در ریه انسان سیگاری و همچنین دیگر افراد مقیم در کنار فرد سیگاری را به کمک CFD به صورت سه بعدی شبیه‌سازی کنیم. میزان رسوب ذرات را برای حالت‌های شبیه‌سای شده با یکدیگر مقایسه کرده و همچنین نتایج این تحقیق را با مدل‌های موجود و نتایج تجربی مقایسه کنیم. اهداف این تحقیق عبارتند از:

الف: شبیه‌سازی سه بعدی ناحیه آلوئولار یک فرد بالغ و خردسال به کمک دینامیک سیگاری در ریه انسان سیگاری قبلی. شعاع ناحیه آلوئولار در کودکان دارای مقدار کمتری نسبت به افراد بزرگسال می‌باشد و این موضوع میزان رسوب ذرات را افزایش می‌دهد و به همین دلیل مضرات ناشی از دود سیگار در کودکان حادث‌تر است.

ب: تعیین میزان رسوب ذرات در افراد غیرسیگاری مجاور دود سیگار در مکان‌های عمومی و مسکونی که مصرف سیگار ممنوع نیست. به این منظور میزان غلظت ذرات در هوای موجود در فضاهای مختلف براساس آزمایش‌های انجام شده در این محیط‌ها استخراج شده و میزان رسوب ذرات در ناحیه آلوئولار در هر یک از این محیط‌ها تعیین می‌شود.

ج: رسیدن به یک دستورالعمل کلی از احتمال ایجاد امراض ریوی در افراد غیرسیگاری در محیط‌ها و مشاغل مختلف بسته به میزان در معرض دود سیگار بودن. به طور مثال کسانی که با فرد سیگاری زندگی می‌کند و به طور مداوم در معرض دود ناشی از تنباکو هستند، به طور ناخواسته احتمال بیماری‌های ریوی در آنها افزایش می‌یابد.

روش بررسی تحقیق

در این تحقیق جریان هوا و همچنین حرکت ذرات دمیده شده با دود سیگار در ناحیه آلوئولار ریه انسان مدل‌سازی می‌شود و معادلات دینامیک سیالات حاکم به روش عددی و با استفاده از پکیج CFD نرم‌افزار Fluent تحلیل می‌شود.

نرم‌افزار Fluent شبیه‌سازی و مش‌بندی شده و همچنین حل عددی معادلات حاکم بر جریان هوا و حرکت ذرات توسط نرم‌افزار Fluent انجام گرفته است. در فاز بعدی میزان رسوب ذرات برای افراد غیرسیگاری در مکان‌های عمومی و مسکونی در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. میزان رسوب ذرات برای افراد غیرسیگاری در مکان‌های عمومی و مسکونی در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گرفته است.

مروری بر کارهای گذشته

مدلسازی جریان هوا در ریه انسان در سالهای گذشته توجه بسیاری از محققین شاخه بیومکانیک را به خود جلب کرده است و پیشرفت CFD این امکان را به وجود آورده است تا مشخص شود ذرات با قطر، چگالی، شکل و فاز خاص در کدام ناحیه از بدن رسوب می‌کنند.

در اوایل دهه نود بسیاری از محققین در اروپا و آمریکا تلاش کردند تا اجزای مختلف سیستم تنفسی انسان را به صورت سه بعدی مدل‌سازی کرده و معادلات حاکم بر سیال (معادلات ناویر-استوکس) و دینامیک حرکت ذرات را به صورت عددی حل کنند (Gardon et al, ۱۹۹۰; Balashazy et al, ۱۹۹۵&۱۹۹۱). در این مطالعات مدل شاخه‌های دوگانه (تا نسل دوم) ریه انسان براساس مدل ریه Weibel (۱۹۶۳) شبیه‌سازی شده و به دقت خوبی با نتایج تجربی دست یافتند.

جریان اصلی مطالعات در زمینه مدل‌سازی رسوب ذرات بر روی ریه انسان در دانشگاه North Carolina آمریکا شروع شد. Kleinstreuer and Zhang شبیه‌سازی خود را بر روی شاخه‌های سه‌گانه انجام داده و مفهوم «آزادکردن کنترل شده ذرات و برخورد به هدف» را مطرح کردند و مدل خود را برای رساندن ذرات دارو به غدد سرطانی در ریه انسان پیاده کردند. آنها موفق شدند به صورت تئوری اثبات کنند که با کنترل عواملی مانند جریان ورودی، محل ورود ذرات می‌توان بازدهی برخورد مواد دارویی به غدد سرطانی را افزایش داد و با این کار هم در مصرف دارو صرفه‌جویی کرده و هم از آسیب دیدن نواحی سالم ریه در اثر برخورد با مواد دارویی جلوگیری کرد. این گروه هم‌اکنون در حالت ساخت دستگاه دمنده جدید خود و آزمایشات اولیه آن هستند.

علاوه بر مدل‌سازی قسمت‌های تحتانی سیستم تنفسی انسان، قسمت‌های بالایی نیز مانند جریان ورودی از دهان و همچنین بینی و گلوی انسان توسط محققین بیوکاتیک دانشگاه آلبرتا شبیه‌سازی شده است. آنها هندسه ایده‌آل دهان - گلوی انسان را شبیه‌سازی کرده و توانستند به نتایج خوبی نسبت به نتایج آزمایشگاهی دست یابند.

اخبا رگشوری

ابتکاری جالب در ترغیب افکار عمومی علیه دخانیات

«مبارزه با مصرف دخانیات وظیفه ملی است»
«به شدت برخورد می‌کردم»
«فروش سیگار قدغن باید گردد»
«بستن کارخانجات تولید سیگار»
«تشان دادن سیگار کشیدن در فیلم‌های ایرانی ممنوع شود»
در این بین جوابهای قابل قبولی نیز به چشم می‌خورد که بایستی در اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات نسبت به آن عمل نمود:
«دسترسی آسان و ارزان به درمان‌های ترک سیگار»
«در هر ویزیت بیمار مشاوره ترک سیگار را ارائه دهم و تکرار کنم»
«آموزش و آگاهی توسط کلیه رسانه‌های گروهی»
«ایتحان ورزش را رواج می‌دادم»
«فکری برای نشاط جوانان می‌کردم»
«علاوه بر اجرای متدهای علمی برای ترک دخانیات باید به عوامل و شرایط مستعدکننده این عادت توجه کرد و سعی به رفع این عوامل نمود.»
و پاسخ دبیرکل جمعیت مبارزه با دخانیات ایران:
«به نام خدا. جای خودم را با همه عوض می‌کردم»

در خلال برگزاری اولین کنگره منطقه‌ای دندانپزشکی در اردیبهشت ماه سال جاری در جزیره کیش شرکت ارمغان بهبود ایرانیان ابتکار نابی زد و سؤالی را روی یک تابلو سفید مطرح نمود: **«اگر مسئولیت ترک سیگار را داشتید چه می‌کردید؟»** شرکت‌کنندگان و حاضرین در کنگره جواب‌های قابل تأملی به این سؤال داده‌اند که نشان‌دهنده موضع مخالف و قوی این جامعه نسبت به مصرف دخانیات است:
«باید نظام جمهوری اسلامی با تولید فروش و عرضه سیگار مبارزه جدی کند»
«فرهنگ‌سازی جدی و توجیه مضرات دخانیات برای مردم با تبلیغات تلویزیونی»
«جلوگیری از کشیدن قلیان قدم اول جلوگیری از سیگار»
«سیگار شخصیت نمی‌آورد باعث تنفر دیگران می‌شود»
در این نظرات که شاید بدون توجه به سؤال مطرح شده می‌بایست نکات مهمی به چشم می‌خورد که ناشی از تفکر افراطی در مبارزه با دخانیات است که در نوع خود جالب می‌باشد:
«مبارزه وزیر بهداشت با دخانیات»
«جلوی مراکز فروش دخانیات را می‌گرفتم»



آسیب ترک نشه دانشجو کی ہے

قبل از تحریر در بیان کارهای مراکز و مجاری مبارزه
برای مردم شریف و مردم ایران
در صورت حال و توجیه مزاجات و مباحث بر (ر) با نیتات خود را
۱- آلودگی شگفت از طریق بیاضها - ماری - دانه - مار - ۱۹۵
۲- آلودگی از طریق مسکونان در اکانا امار آلودگی و بیاضها و ماری - ۱۹۵
۳- آلودگی از طریق حشرات و ماری و ماری - ۱۹۵
۴- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۵- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۶- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۷- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۸- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۹- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵
۱۰- آلودگی از طریق ماری و ماری - ۱۹۵

این اطلاعات را در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانید تصمیمات درستی بگیرید.
The information for making informed decisions.
Dr. S. Jaffer Khan
باید بدانیم که سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!

اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!
اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!

اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!
اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!

اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!
اینکه سیگار و توتون برای سلامتی ما مضر است.
Cigarettes are too cheap in Iran
Increase the price!

برگزاری اولین همایش ملی سلامت شهری



متولیان معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئول حیطه سلامت همایش و... برگزاری نخستین همایش ملی سلامت شهری که با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی ایران و سایر دستگاههای علمی و اجرایی ذیربط برنامه‌ریزی و به اجرا درآمده، فرصت مغتنمی است تا صاحب‌نظران، مدیران شهری و سایر دست‌اندرکاران به بررسی زیر ساخت‌های گوناگون اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در جهت تأمین سلامت فرد و جامعه در محیط‌های شهری و به ویژه کلان شهر بزرگی چون تهران بپردازند. جا دارد که در این‌جا چکیده برخی از مقالات این همایش در زمینه استعمال دخانیات نیز آورده شود.

اولین همایش ملی سلامت شهری، تهران در مرکز همایش‌های رازی، چهارم و پنجم اردیبهشت ماه سال جاری برگزار گردید. در این همایش بسیاری از کارشناسان و صاحب‌نظران حیطه بهداشت و سلامت حضور داشتند، از جمله این افراد می‌توان از افراد زیر نام برد: دکتر محمدباقر قالیباف شهردار تهران، دکتر حسین جزایری مدیر منطقه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، دکتر سیدهادی ایازی معاون امور اجتماعی و فرهنگی و رئیس همایش، دکتر سیدعلی ابطحی رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران، دکتر حسین ملک‌افضلی رئیس کمیته علمی همایش سلامت شهری، دکتر سیدعباس

زمینه‌های تصویب قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی

دکتر حسن آذری پور ماسوله

استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی موجب افزایش احتمال ابتلا به بیماریهای ناشی از استنشاق دود دخانیات در غیرسیگاریهای همنشین با افراد سیگاری می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده است که غیرسیگاریهای همنشین با سیگاریها به میزان ۳۰٪ بیش از غیرسیگاریهایی که با سیگاریها تماس ندارند به سگته‌های قلبی و مغزی مبتلا می‌شوند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۵ در اتحادیه اروپا نشان داد که سالیانه ۲۰۰۰۰۰ مرگ در سراسر اتحادیه اروپا در کارگران غیرسیگاری صنعت هتل‌داری و صنعت تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی به علت ابتلا به بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات حاصل از استنشاق تحمیلی دود دخانیات مصرف شده توسط سیگاریها بروز نموده است. از سوی دیگر افکار عمومی به منظور حفاظت از سلامت خود به شدت از ممنوعیت استعمال مواد دخانی در اماکن عمومی حمایت می‌نماید برای مثال ۹۷٪ از دانش‌آموزان مورد سؤال در طرح GYTS، ۹۸٪ معلمان مورد پرسش در طرح تحقیقاتی GYTS، ۹۶٪ کارگران مورد پرسش در طرح بررسی وضعیت استعمال دخانیات در کارگران شهر صنعتی عباس‌آباد، ۹۶٪ دانشجویان مورد پرسش در طرح GYTS، ۹۷٪ از روستاییان در طرح بررسی وضعیت استعمال دخانیات در روستاهای منطقه شاهرود موافق ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی هستند. لذا در سال ۱۳۸۵ طبق ماده ۱۳ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و مواد ۷، ۸ و ۹ آیین‌نامه اجرایی آن ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و تنبیهات متخلفین تصریح گردیده است.

نابرابری مصرف سیگار در مناطق ۲۲ گانه تهران

دکتر علی‌اصغر فرشاد

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدیدکننده بسیاری از بیماریهای مرتبط از جمله سرطانهای ریه، حفره دهان، حنجره، بیماریهای قلبی و عروقی، کاتاراکت، از دست دادن موها، ضایعات شنوایی، یوکی استخوان، فساد دندانها و ... می‌باشد. در جمعیتهایی که استعمال دخانیات در چند دهه اخیر امری متداول می‌باشد. ۹۰ درصد سرطان ریه، ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر سرطانها، ۷۵ درصد برونشیت مزمن و آمفیژم و ۲۵ درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در سنین ۲۵ تا ۶۹ سال، ناشی از مصرف دخانیات بوده است. مصرف دخانیات در حال حاضر یکی از بزرگترین عوامل در حال افزایش مرگ و میر

در سطح جهان می‌باشد در حال حاضر ۴ میلیون نفر هر ساله در اثر ابتلا به بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات جان خود را از دست می‌دهند. با الگوهای جاری استعمال دخانیات، ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت حال حاضر دنیا، بالاخره به علت مصرف دخانیات خواهند مرد که بیش از نیمی از این افراد را کودکان و نوجوانان امروز تشکیل می‌دهند. تا سال ۲۰۳۰ انتظار می‌رود که دخانیات با قربانی کردن ۱۰ میلیون نفر در سال، بیش از کل مرگهای ناشی از مالاریا، مادران باردار، کودکان و سل، تنها عامل عمده مرگ در دنیا باشد. بیش از ۷۰ درصد این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. در ایران نیز مرگهای ناشی از مصرف دخانیات به ۵۰ هزار نفر در سال برآورد شده است و پیش‌بینی می‌شود طی ۲۰ سال آینده این میزان به ۲۰۰ هزار نفر در سال افزایش یابد.

وضعیت مصرف دخانیات در جهان و ایران:

- در حال حاضر ۱/۴ میلیارد نفر از جمعیت جهان سیگاری هستند.
- هر روز ۱۰۰،۰۰۰ نفر سیگار کشیدن را شروع می‌کنند.
- پنج میلیون مرگ در جهان ناشی از مصرف دخانیات حادث می‌شود.
- ۸۰ درصد سیگاریها در کشورهای در حال توسعه به سر می‌برند و فقط ۲۰ درصد در کشورهای توسعه یافته هستند.
- در جوامع فقیر میزان سیگارها و تعداد مصرف روزانه سیگار بیشتر جوامع غنی است.
- در دهه‌های اخیر میزان مصرف دخانیات در کشورهای توسعه یافته کاهش یافته است.
- افزایش مصرف سالیانه در کشورهای در حال توسعه ۳/۴٪ است.
- ۲/۳ افراد سیگاری در جهان از سن ۱۳ تا ۱۵ سالگی شروع کرده‌اند.

مطالعه مصرف دخانیات در تهران:

- برای تعیین میزان مصرف محصولات دخانی در تهران به تفکیک ۲۲ منطقه شهرداری با استفاده از یک پرسشنامه و در قالب پیمایش اصلی سنجش عدالت در شهر و با مراجعه به خانوار پرسشنامه مذکور تکمیل شد.
- در این مطالعه، سیگاری طبق تعریف بهداشت جهانی به فردی اطلاق می‌شود که تاکنون در طول عمر خود حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده و هم اکنون نیز سیگار بکشد و یا فردی که ۵ بار قلیان مصرف کرده باشد به عنوان سیگاری قلمداد می‌شود.
- نتیجه: نتایج بیانگر آن است که در مناطق مختلف شهر تهران مصرف محصولات دخانی متفاوت بوده و به ویژه مصرف سیگار نزد باتوان در مناطق شمالی تهران بیش از مناطق جنوبی است.

مروری بر یک تجربه: جمع‌آوری قلیانها از اماکن عمومی

دکتر علی رمضانخانی

براساس ماده ۱۳ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و مواد ۷، ۸ و ۹ آیین‌نامه اجرایی آن استعمال دخانیات در اماکن عمومی ممنوع گردیده است. عرضه قلیان طی سالهای اخیر از عوامل بسیار مؤثر آغاز استعمال دخانیات در نوجوانان و جوانان است. براساس آمار طرح جهانی بررسی استعمال دخانیات در نوجوانان (GYTS)، قلیان شایعترین نوع دخانیات مصرفی در بین این گروه سنی است به نحوی که در مقابل ۳٪ شیوع استعمال دخانیات سیگار شیوع استعمال قلیان ۲۰٪ بوده است که در این گروه سنی عموماً قلیان را همراه با والدین خود و به عنوان تفریح مصرف می‌کنند. ۷۰٪ جمعیت ایران براساس آمار سالنامه آماری ۱۳۸۵ کشور در گروه سنی زیر ۳۰ سال زندگی می‌کنند که شایعترین سنین آشنایی با دخانیات و آغاز استعمال آن است. از سویی دو سوء تعبیر در مورد قلیان در بین مردم وجود دارد. ۱- قلیان اعتیادآور نیست و وسیله‌ای سالم برای تفریح دست‌جمعی خانوادگی است ۲- به علت عبور دود از آن سمیت آن کمتر است. لذا در سال ۱۳۸۵ به منظور اجرای قانون در سراسر کشور قلیان‌ها از سفره‌خانه‌های سنتی جمع‌آوری گردید در بسیاری از استان‌ها میزان جمع‌آوری به بالای ۹۵٪ رسید. کارکنان سیستم بهداشتی با چالش‌های متعددی روبرو گردیدند از جمله

اقامه دعوی حقوقی از سوی صاحبان سفره‌خانه‌ها و قهوه خانه‌داران بر علیه دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارعاب و تهدید کارکنان درگیر در جمع‌آوری قلیانها و موارد مشابه. علیرغم موارد فوق جمع‌آوری با موفقیت انجام گردید به نحوی که در بسیاری از استانها تعداد قابل توجهی از صاحبان امکان برای تغییر شغل مراجعه نمودند. اما ناگهان با ابلاغ یک دستور اداری جمع‌آوری قلیانها متوقف گردید. در آسیب شناسی دلایل شکست تجربه فوق به نظر می‌رسد موارد زیر از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند که باید در نوبتهای بعدی مدنظر قرار گیرد:

- عدم توجه مناسب تصمیم‌گیران سطح اول کشور در مورد اهمیت جمع‌آوری قلیان‌ها
- عدم استفاده از حمایت اجتماعی در جمع‌آوری قلیان‌ها، آمار موجود از طرحهای مختلف انجام شده نشان دهنده موافقت بیش از ۹۵٪ مردم با ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی است.
- عدم انتخاب زمان مناسب برای جمع‌آوری قلیان‌ها، همزمانی اجرای طرح با انتخابات مجلس که موجب تحت فشار قرار گرفتن نمایندگان از سوی سفره‌خانه‌داران و انتقال این فشار به مقامات اجرایی سطح اول کشور و عقیم ماندن اجرای جمع‌آوری قلیان‌ها گردید.
- همزمانی اجرای طرح با طرح ارتقای امنیت اجتماعی نیروی انتظامی که موجب واکنش منفی رسانه‌ها از جمله مطبوعات به جمع‌آوری قلیانها و ایجاد جو منفی اجتماعی بر علیه آن گردید.

اقدامات سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با قاچاق دخانیات

سوی معاهده جهانی کنترل دخانیات اقدامات کشورها را پیگیری می‌کند تا از قاچاق محصولات دخانی جلوگیری کنند.»

در جلسات غیرعلنی مجلس کشور سوئیس مذاکراتی در خصوص جزئیات مفاد این معاهده صورت گرفت که عمدتاً پیرامون اعمال سیستم ردیابی و پیگیری محصولات دخانی بوده است. این موضوع فصل جدیدی است که تحت عنوان یک پروتکل الحاقی برای معاهده جهانی کنترل دخانیات به حساب می‌آید. طبق پیش‌نویس این پروتکل کشورها باید به تولیدکنندگان دخانیات و خرده‌فروشها مجوز دهند و با یک سیستم بین‌المللی مسیر فروش این محصولات را ردیابی و پیگیری کنند. ظرف سه سال پس از اخذ این قانون همه پکت‌های سیگار باید با شماره سریالهای ویژه مشخص شوند تا پیگیری آنها به راحتی انجام گردد. شرکت دخانیات

قاچاق محصولات دخانی که سالانه بار مالی بالغ بر ۴۰ میلیارد دلار برای دولت‌ها در بر دارد، نیازمند یک اقدام جهانی جهت ردیابی محصولات دخانی می‌باشد. تاکنون برخی دولت‌ها توافق کرده‌اند که فروش سیگار در فرودگاهها را ممنوع نمایند که این امر با استقبال بسیاری از مسافران بین‌المللی نیز همراه بوده ولی اغلب چنین اقداماتی از سوی مدافعان بهداشت و سلامت باعث وقوع تجارت غیرقانونی این محصولات نیز می‌گردد. در سوئیس نیز اتخاذ این قانون به تازگی مطرح شده است. شرکت‌های دخانیات چند ملیتی و نمایندگان و گروههای فشاری که در فروشگاههای فرودگاهها دارند سعی می‌کنند مذاکرات را برای تصویب این قانون به تعویق اندازند. Vijay Trivedi مشاور سیاسی دبیرخانه معاهده جهانی کنترل دخانیات در مصاحبه با خبرگزاری رویترز در این باره اعلام کرده است: «مجمعی از

دخانیات‌سازی هزینه دارد. همچنین چالش‌های فیزیکی موجود با تولید پرسرعت ده‌ها هزار سیگار در دقیقه برای درج کد بر روی هر پاکت و ثبت آن در سیستم بین‌المللی بطور همزمان غیرقابل انکار است.»

Goekhan Aladag مدیر امور مالی شرکت Philip Morris International ابراز داشت: «سیستم ردیابی از ده سال پیش در مورد محموله‌های بزرگ شامل ۵۰ کارتن اعمال می‌شد و در حال حاضر این سیستم در ۱۲۴ کشور در حال فعالیت است. ما در حال اعمال این ردیابی کارتن‌ها در بازار کشورهای پرخطر از جمله روسیه می‌باشیم و قصد داریم آن را در سطح پاکت‌ها هم گسترش دهیم.»

استعمال دخانیات سالانه باعث مرگ ۵/۴ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های قلبی، سرطانها، دیابت و ... می‌گردد. این امر هزینه گزافی برای کشورها خواهد داشت. ایجاد یک سیستم مجوزدار در سطح جهانی مؤثرترین روش مبارزه با قاچاق دخانیات بوده و در نتیجه بار مالی سنگینی را از دوش کشورها برمی‌دارد.

سیاست‌گذاران معاهده جهانی کنترل دخانیات تلاش بسیاری می‌نمایند تا به نتیجه مطلوبی در جهت مبارزه با قاچاق دخانیات برسند ولی در عین حال صاحبان فرودگاهها، خطوط هوایی و فروشگاههای فرودگاهها شدیداً در حال مبارزه با ممنوعیت فروش محصولات دخانی در فرودگاهها می‌باشند. بنابراین ادعای آنها اعمال این قانون در فرودگاهها سالانه باعث ضرری معادل ۳ میلیارد دلار می‌گردد.

Susan Cavanagh, Communications Manager of FCTC

سوی معاهده جهانی کنترل دخانیات اقدامات کشورها را پیگیری می‌کند تا از قاچاق محصولات دخانی جلوگیری کنند.» در جلسات غیرعلنی مجلس کشور سوئیس مذاکراتی در خصوص جزئیات مفاد این معاهده صورت گرفت که عمدتاً پیرامون اعمال سیستم ردیابی و پیگیری محصولات دخانی بوده است. این موضوع فصل جدیدی است که تحت عنوان یک پروتکل الحاقی برای معاهده جهانی کنترل دخانیات به حساب می‌آید. طبق پیش‌نویس این پروتکل کشورها باید به تولیدکنندگان دخانیات و خرده‌فروشها مجوز دهند و با یک سیستم بین‌المللی مسیر فروش این محصولات را ردیابی و پیگیری کنند. ظرف سه سال پس از اخذ این قانون همه پاکت‌های سیگار باید با شماره سریالهای ویژه مشخص شوند تا پیگیری آنها به راحتی انجام گردد. شرکت دخانیات Philip Morris International که بزرگترین شرکت غیردولتی دخانیات‌سازی است و سیگار Marlboro را تولید می‌کند و همچنین شرکت British American Tobacco که دومین تولیدکننده بزرگ سیگار در سطح جهان است نیز در این درباره اعلام کرده‌اند که با اقدام مؤثر علیه تجارت غیرقانونی و قاچاق موافقت و آنها معتقدند سیستم ردیابی باید شامل همه کشورها و تولیدکنندگان محصولات دخانی باشد و قیمت محصولاتشان را به مصرف‌کنندگان مشخصاً اعلام نمایند. Pat Heneghan مدیر بین‌المللی مبارزه با قاچاق شرکت BAT نیز به خبرگزاری رویترز اعلام کرده است: «چنین اقدامی صدها میلیون دلار برای صنایع



اخبار بین المللی

ژاپن به دنبال ممنوعیت سیگار کشیدن در اماکن عمومی

این توصیه دولت اجباری نیست و مقامات محلی می‌توانند تصمیم بگیرند که مقررات محلی برای جریمه نخطی‌کنندگان وضع نمایند.

سیگار کشیدن بر خلاف اغلب سایر کشورهای توسعه‌یافته هنوز در کافه‌ها و رستوران‌های ژاپن رایج است. البته خیابان‌ها، قطارها، ایستگاه‌های قطار دارند به طور فزاینده‌ای عاری از دود سیگار می‌شوند.

بر اساس آمار شرکت دخانیات ژاپن، میزان سیگار کشیدن در ژاپن در سال ۲۰۰۹، به هجدهمین سال متوالی کاهش یافت و به ۲۴/۹ درصد رسید، اما میزان هنوز در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دیگر بالا است.

<http://newsinfo.inquirer.net/breakingnews/world/view/20100222-254765/japan-to-seek-nationwide-smoking-ban>

ژاپن یکی از بزرگترین مصرف‌کنندگان سیگار در دنیا، قصد دارد ممنوعیت ملی سیگار کشیدن در کافه‌ها، رستوران‌ها و سایر اماکن عمومی را خواستار شود.

به گزارش خبرگزاری فرانسه وزارت بهداشت ژاپن قصد دارد تا پایان ماه فوریه توصیه‌هایی برای دولت‌های محلی بفرستد و از آنها بخواهد که از ابتکار عمل ملی برای مقابله با استنشاق دود سیگار محیطی پیروی کنند.

در حال حاضر دولت مرکزی ژاپن از مقامات محلی خواسته است که در مکان‌های عمومی مانند مدارس، بیمارستان‌ها، فروشگاه‌ها، هتل‌ها، ایستگاه‌های قطار و بانک‌ها، محل‌های مجزا برای سیگار کشیدن ایجاد کنند.

اکنون وزارت بهداشت ژاپن قصد دارد که از این مرحله محل‌های جداگانه برای سیگاری‌ها، به سوی ممنوعیت کامل سیگار کشیدن در اماکن عمومی حرکت کند.

ضریب هوشی پایین‌تر برای سیگاری‌ها



دکتر ویزر و دستیارانش چنین نتیجه گرفته‌اند؛ برای نوجوانانی که ضریب هوشی پایین‌تری دارند، باید برنامه‌های پیشگیری از استعمال دخانیات در نظر گرفته شده و اجرا شود.

در مطالعات قبلی هم چنین مشخص شد؛ افراد مبتلا به مشکلات روانی و رفتاری نیز بیشتر به سیگار روی می‌آورند، البته در مطالعات دکتر ویزر هیچ یک از شرکت

کنندگان دچار مشکل بهداشت روانی نبودند، اما به گفته محققان، ۲۸ درصد از آنها حداقل یک نخ سیگار در روز می‌کشیدند و ۶۸ درصد هرگز سیگار نکشیده بودند.

محققان دریافتند نمرات تست هوش در سیگاری‌ها به میزان قابل توجهی پایین‌تر از افراد غیرسیگاری است.

محققان دریافتند سیگاری‌ها، ضریب هوشی پایین‌تری دارند.

نتایج یک تحقیق جدید نشان می‌دهد که سیگاری‌ها نسبت به افراد غیرسیگاری، ضریب هوشی کمتری دارند و هرچه فرد بیشتر سیگار بکشد، ضریب هوشی او کمتر می‌شود. به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، این تحقیق روی ۲۰ هزار بازنشسته ارتش صورت گرفته است.

دکتر مارک ویزر در گفت و گو با خبرگزاری رویترز خاطرنشان کرد: مردان جوانی که در روز یک پاکت یا بیشتر سیگار می‌کشند، ضریب هوشی‌شان ۷/۵ نمره کمتر از جوانان غیرسیگاری است.

شرح این پژوهش در مجله «اعتیاد» منتشر شده است.

خطرات دود سیگار دست سوم آشکار شد

سپس سلولز را برای سه ماه در معرض غلظت بالا اما قابل قبول اسید نیترو قرار دادند. میزان TSNAهای تشکیل شده پس از قرارگیری در معرض اسید نیترو ۱۰ برابر بیشتر بود. این پژوهشگران همچنین دریافتند که TSNAها به سرعت تشکیل می‌شوند.

سرپرست این پژوهش، محمد سلیمان، از آزمایشگاه برکلی، در این باره گفت: «با توجه جذب و حفظ مقادیر بالای نیکوتین در سطوح درون خانه، از جمله لباس‌ها و پوست انسان، یافته‌های ما بیانگر آن است این دود دست سوم از طریق جذب از راه پوست، استنشاق غبار و بلع یک خطر بهداشتی قبلا مورد توجه قرار نگرفته است.» از آنجایی که اغلب وسایل نقلیه مقداری اسید نیترو آزاد می‌کنند که می‌تواند به بخش مسافران نفوذ کند، همچنین آزمایش‌های در سطوح داخلی ماشین افراد شدیداً سیگاری از جمله سطح استیل جعبه داشبورد انجام شد. این اندازه‌گیری‌ها نشان‌دهنده میزان قابل توجه TSNAها در این محل بود.

افراد بیش از همه از طریق استنشاق غبار یا تماس پوستی با فرش یا لباس‌ها در معرض این TSNAها قرار می‌گیرند، بنابراین دود سیگار دست سوم بیشترین خطر را برای نوزادان و نوبایان دارد. یافته‌های این تحقیق که به طور مشروح در شماره ۸ فوریه ژورنال پیشرفت‌های آکادمی ملی علوم آمده است، بیانگر آن است که باز کردن یک پنجره یا به راه انداختن هواکش در اتاق هنگام سیگار کشیدن خطرات این دود سیگار دست سوم را برطرف نمی‌کند.

حتی سیگار کشیدن در بیرون از خانه هم مشکل را کاملاً حل نمی‌کند. لارا گاندال، یکی دیگر از این پژوهشگران از آزمایشگاه برکلی گفت: «سیگار کشیدن در بیرون از خانه بهتر از سیگار کشیدن درون خانه است، اما همچنان باقیمانده‌های نیکوتین به پوست و لباس فرد سیگاری خواهد نشست. این باقیمانده هنگامی فرد سیگاری به درون خانه بازمی‌گردد، در همه جا منتشر خواهند شد.»

کاملش استورا از برنامه پژوهش درباره بیماری‌های مربوط به دخانیات در دانشگاه کالیفرنیا که هزینه این تحقیق را پرداخته است، گفت: «آنچه ما از این تحقیق درمی‌یابیم این است که واکنش نیکوتین باقیمانده در محیط با اسید نیترو بر روی سطوح به ایجاد یک عامل بالقوه سرطان‌زا می‌انجامد و این نتایج ممکن است تنها نوک کوه یخ باشد.»

این پژوهشگران در مقاله‌شان راه‌های متعددی را برای محدود کردن اثر دود سیگار دست سوم پیشنهاد می‌کنند، از جمله کاربرد محیط‌های ۱۰۰ درصد عاری از دود سیگار در مکان‌های عمومی و محدودیت‌های شخصی در مکان‌های سکونت و اتومبیل‌ها. در ساختمانی که مقادیر بالای دود سیگار در آن وجود داشته است، تعویض فرش‌ها، پرده‌ها و کاغذ دیواری‌ها می‌تواند به کاهش قرارگیری در معرض این مواد سرطان‌زا کمک کند.

www.livescience.com

مطالعات محققان نشان داده است دود دست سوم سیگار یک تهدید بهداشتی بسیار جدی می‌باشد.

علاوه بر آسیب ناشی از خود سیگار کشیدن (دود سیگار دست اول) و استنشاق دود سیگار محیطی (دود سیگار دست دوم)، دود سیگار دست سوم هم ممکن است به خصوص برای نوزادان و نوبایان خطرناک باشند.

به گزارش livescience یک بررسی جدید نشان می‌دهد که باقیمانده‌های نیکوتین که در سطح اجسام باقی می‌ماند، می‌تواند با سایر مواد شیمیایی دیگر در هوا واکنش کند و مواد سرطان‌زای قوی را تشکیل دهد - مواد شیمیایی که با سرطان‌های گوناگون پیوند دارند.

در حالیکه دود سیگار دست اول به طور مستقیم بوسیله فرد سیگاری استنشاق می‌شود و دود سیگار دست دوم دود سیگاری است که به محیط وارد می‌شود و دیگران آن را استنشاق می‌کنند، دود سیگار دست سوم باقیمانده دود محیطی یا دست دوم بر روی سطوح است.

هوگو دستایلاتس، متخصص شیمی در آزمایشگاه ملی لاورنس برکلی در سانفرانسیسکو و یکی از این پژوهشگران گفت: «سوختن توتون، نیکوتین را به شکل بخار آزاد می‌کند که به شدت جذب سطوح درون خانه مانند دیوارها، سقف‌ها، فرش‌ها، پرده‌ها و اسباب و اثاث خانه می‌شود. نیکوتین می‌تواند روی این مواد برای روزها، هفته‌ها و حتی ماه‌ها باقی بماند.»

دانشمندان از چندین سال قبل می‌دانسته‌اند که دود سیگار روی سطوح می‌نشیند و در آنجا می‌تواند با سایر مواد شیمیایی وارد واکنش شود. اما به گفته پژوهشگران این بررسی جدید نشان داد که واکنش‌های دود سیگار باقیمانده در محیط می‌تواند به ایجاد مولکول‌هایی در هوا بینجامد که تا به حال به عنوان منبع مواد آلاینده زیانبار نادیده گرفته شده بودند.

دستایلاتس و همکارانش تشکیل مواد شیمیایی زیانبار در هوا پس از سیگار کشیدن را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند دود سیگار با یکی از مواد شیمیایی به خصوص وارد واکنش می‌شود.

دستایلاتس گفت: «بررسی ما نشان می‌دهد که این نیکوتین باقیمانده در محیط با اسید نیترو محیطی وارد واکنش می‌شود و نیتروزامین‌های سرطان‌زای خاص توتون یا TSNAها را به وجود می‌آورد. TSNAها جزو مواد سرطان‌زای قدرتمند و وسیع‌الاث‌ر هستند که هم در توتون سوخته‌نشده و هم دود توتون وجود دارند.» اجاق گازهای بدون تهویه مناسب منبع اصلی اسید نیترو در هوای خانه هستند.

این پژوهشگران از سلولز به عنوان مدلی از مواد داخل خانه استفاده کردند و آن را در معرض دود سیگار قرار دادند. آنها سپس سلولز را برای سه ماه در معرض غلظت بالا اما قابل قبول اسید نیترو قرار

انتقاد رئیس سازمان بهداشت جهانی از غول‌های دخانیات

چان گفت: مسئله‌ای که بیش از همه هشداردهنده این است که در واقع مصرف دخانیات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. اگر شرکت‌های بزرگ دخانیات در برخی از بخش‌های جهان در حال عقب نشینی هستند، در جاهای دیگر در حال پیشروی هستند.

او افزود کشورهای در حال توسعه "جبهه جدید" بازاریابی دخانیات هستند، کشورهایی که همچنین بیشترین آسیب پذیری را در مقابل اثرات زیانبار و بیماری مزمن به خاطر کمبود مراقبت‌های بهداشتی و فقر دارند.

چان گفت: در این کشورها، مانند کشورهای دیگر، دختران و زنان بازاری جذاب با پتانسیل رشد برای شرکت‌های دخانیات هستند و به همین خاطر هم است که هدف قرار می‌گیرند.

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت حدود ۵/۴ درصد جمعیت جهان از قوانین بر ضد ممنوعیت سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی نفع می‌برند.

سازمان جهانی بهداشت در ماه دسامبر اعلام کرد چنین ممنوعیتی در ۱۷ کشور جهان اعمال شده است و در سال ۲۰۰۸ کشورهای کلمبیا، جیبوتی، گواتمالا، موریس، پاناما، ترکیه و زامبیا در سال ۲۰۰۹ به این فهرست پیوستند.

این سازمان اعلام کرد که بیش از ۹۰ کشور جهان فروش سیگار و فراورده‌های دخانی را به افراد زیر ۱۸ سال ممنوع کرده‌اند و دست کم ۸۰ کشور جهان هشدارهای بهداشتی بزرگ، روشن و قابل دید روی پاکت‌های سیگار قرار داده‌اند. میزان مرگ و میر جهانی ناشی از دخانیات در صورت ادامه روند فعلی تا سال ۲۰۳۰ به هشت میلیون نفر خواهد رسید. www.who.int

رئیس سازمان جهانی بهداشت، مارگرت چان، که با تلاش‌ها برای ترویج سیگار کشیدن در کشورهای فقیر مقابله می‌کند، شرکت‌های دخانیات "ستمگر و فریبکار" را به "گردن کلفتی" متهم کرد.

به گزارش خبرگزاری فرانسه مارگرت چان در سخنرانی روز ۲۶ فوریه سال جاری به مناسبت پنجمین سالگرد کنوانسیون بین‌المللی کنترل دخانیات گفت، او به صنایع دخانیات اجازه شرکت در گفتگوهایی را نخواهد داد که هدف آن گسترش دادن اولین پیمان بهداشت عمومی در این زمینه است.

کنوانسیون ۲۰۰۵ تبلیغات و حمایت مالی شرکت‌های دخانیات را ممنوع می‌کند، از بستن مالیات بر دخانیات و وضع مقررات برای عاری کردن مکان‌های عمومی از دود سیگار و سایر محدودیت‌هایی حمایت می‌کند، که هدف آن جلوگیری از رشد سیگار کشیدن است.

رئیس سازمان جهانی بهداشت گفت: "پیکار ما در مقابل کشورهای مخالف، به خصوص در کشورهای در حال توسعه است." او افزود: تخمین زده می‌شود که مصرف دخانیات بیش از ۵ میلیون نفر را در سال بکشد- به طور میانگین یک نفر در هر شش ثانیه- و مسئول یک دهم مرگ‌های بزرگسالان در سراسر دنیاست.

چان گفت که این پیمان که ۱۶۸ کشور از آن پشتیبانی کردند، با این سازمان و مقامات بهداشت عمومی اجازه داده است تا در مقابل صنعت دخانیات "بی‌رحم، فریبکار، ثروتمند و قدرتمند" بایستند.

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در حالیکه مصرف دخانیات در بسیاری از کشورهای مرفه به طور قابل توجهی کاهش یافته است، کشورهای دیگر در اعمال محدودیت‌ها بر دخانیات کند بوده‌اند.

دعوی دخانیاتی علیه دولت نروژ

شکایت ناراحتی به خود راه دهند. بیورن اینگه لارسن، رئیس اداره بهداشت نروژ در این باره گفت: "این اقدام شرکت فیلیپ موریس نشان می‌دهد که ما در مسیر درست قرار داریم."

نروژ در ژوئن ۲۰۰۴ دومین کشوری در جهان بود که سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی از جمله کافه‌ها و رستوران‌ها را ممنوع اعلام کرد.

بر اساس گزارش مرکز آمار نروژ در سال ۲۰۰۹، ۲۱ درصد نروژی‌ها ۱۶ تا ۷۴ ساله به طور روزانه و ۹ درصد دیگر به طور گاهگاهی سیگار می‌کشیدند.

<http://www.buzzle.com/articles/norwegian-country-sued-by-philip-morris-for-smoking-bans-in-stores.html>

شرکت سیگارسازی فیلیپ موریس تولیدکننده سیگارهای مارلبورو اعلام کرد برای مقابله با قانون جدیدی در نروژ که نمایش سیگار در فروشگاه‌ها را ممنوع می‌کند، به دادگاه شکایت می‌کند.

به گزارش خبرگزاری فرانسه دولت نروژ در پیروی از چند کشور غربی دیگر مانند ایرلند و ایسلند از ابتدای سال ۲۰۱۰ نمایش سیگار را در فروشگاه‌ها ممنوع کرد تا میل به خرید سیگار را کاهش دهد.

توزیع‌کنندگان سیگار در نروژ که سیگار کشیدن در مکان‌های در بسته عمومی در آن ممنوع است، همچنین ممکن است از نمایش برجسب نشان‌های تجاری سیگارها نیز منع شوند. به نظر نمی‌رسد مقامات بهداشتی نروژ از این

اقدامات سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با قاچاق دخانیات

که با اقدام مؤثر علیه تجارت غیرقانونی و قاچاق موافقت و آنها معتقدند سیستم ردیابی باید شامل همه کشورها و تولیدکنندگان محصولات دخانی باشد و قیمت محصولاتشان را به مصرف‌کنندگان مشخصاً اعلام نمایند. Pat Heneghan مدیر بین‌المللی مبارزه با قاچاق شرکت BAT نیز به خبرگزاری رویترز اعلام کرده است: «چنین اقدامی صدها میلیون دلار برای صنایع دخانیات‌سازی هزینه دارد. همچنین چالشهای فیزیکی موجود با تولید پرسرعت ده‌ها هزار سیگار در دقیقه برای درج کد بر روی هر پاکت و ثبت آن در سیستم بین‌المللی بطور همزمان غیرقابل انکار است.»

Goekhan Aladag مدیر امور مالی شرکت Philip Morris International ابراز داشت: «سیستم ردیابی از ده سال پیش در مورد محموله‌های بزرگ شامل ۵۰ کارتن اعمال می‌شد و در حال حاضر این سیستم در ۱۲۴ کشور در حال فعالیت است. ما در حال اعمال این ردیابی کارتن‌ها در بازار کشورهای پرخطر از جمله روسیه می‌باشیم و قصد داریم آن را در سطح پاکت‌ها هم گسترش دهیم.» استعمال دخانیات سالانه باعث مرگ ۵/۴ میلیون نفر بر اثر بیماریهای قلبی، سرطانها، دیابت و ... می‌گردد. این امر هزینه‌های گزافی برای کشورهای خواهد داشت. ایجاد یک سیستم مجوزدار در سطح جهانی مؤثرترین روش مبارزه با قاچاق دخانیات بوده و در نتیجه بار مالی سنگینی را از دوش کشورها برمی‌دارد.

سیاست‌گذاران معاهده جهانی کنترل دخانیات تلاش بسیاری می‌نمایند تا به نتیجه مطلوبی در جهت مبارزه با قاچاق دخانیات برسند ولی در عین حال صاحبان فرودگاهها، خطوط هوایی و فروشگاههای فرودگاهها شدیداً در حال مبارزه با ممنوعیت فروش محصولات دخانی در فرودگاهها می‌باشند. بنابر ادعای آنها اعمال این قانون در فرودگاهها سالانه باعث ضرری معادل ۳ میلیارد دلار می‌گردد.

Susan Cavanagh, Communications Manager of FCTC

قاچاق محصولات دخانی که سالانه بار مالی بالغ بر ۴۰ میلیارد دلار برای دولت‌ها در بر دارد، نیازمند یک اقدام جهانی جهت ردیابی محصولات دخانی می‌باشد. تاکنون برخی دولت‌ها توافق کرده‌اند که فروش سیگار در فرودگاهها را ممنوع نمایند که این امر با استقبال بسیاری از مسافران بین‌المللی نیز همراه بوده ولی اغلب چنین اقداماتی از سوی مدافعان بهداشت و سلامت باعث وقوع تجارت غیرقانونی این محصولات نیز می‌گردد. در سوئیس نیز اتخاذ این قانون به تازگی مطرح شده است. شرکت‌های دخانیات چند ملیتی و نمایندگان و گروههای فشاری که در فرودگاههای فرودگاهها دارند سعی می‌کنند مذاکرات را برای تصویب این قانون به تعویق اندازند. Vijay Trivedi مشاور سیاسی دبیرخانه معاهده جهانی کنترل دخانیات در مصاحبه با خبرگزاری رویترز در این باره اعلام کرده است: «مجمعی از سوی معاهده جهانی کنترل دخانیات اقدامات کشورها را پیگیری می‌کند تا از قاچاق محصولات دخانی جلوگیری کنند.»

در جلسات غیررسمی مجلس کشور سوئیس مذاکراتی در خصوص جزئیات مفاد این معاهده صورت گرفت که عمدتاً پیرامون اعمال سیستم ردیابی و پیگیری محصولات دخانی بوده است. این موضوع فصل جدیدی است که تحت عنوان یک پروتکل الحاقی برای معاهده جهانی کنترل دخانیات به حساب می‌آید. طبق پیش‌نویس این پروتکل کشورها باید به تولیدکنندگان دخانیات و خرده‌فروشیها مجوز دهند و با یک سیستم بین‌المللی مسیر فروش این محصولات را ردیابی و پیگیری کنند. ظرف سه سال پس از اخذ این قانون همه پاکت‌های سیگار باید با شماره سریالهای ویژه مشخص شوند تا پیگیری آنها به راحتی انجام گردد. شرکت دخانیات Philip Morris International که بزرگترین شرکت غیردولتی دخانیات‌سازی است و سیگار Marlboro را تولید می‌کند و همچنین شرکت American Tobacco که دومین تولیدکننده بزرگ سیگار در سطح جهان است نیز در این درباره اعلام کرده‌اند

ویتنام سیگارکشیدن در اماکن در بسته را ممنوع کرد

شد، اما این بیانیه میزان این افزایش را بیان نمی‌کند. به گفته دولت، خرده‌فروشی سیگار تنها در برخی از نقاط مجاز خواهد بود و ممنوعیت فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال با شدت بیشتری اعمال خواهد شد.

سیگارکشیدن در ویتنام یک عادت بسیار شایع است و این کشور یکی از بالاترین میزان‌های سیگارکشیدن در میان مردان را دارد و سیگار به طور گسترده‌ای در کیوسک‌های کوچک کنار خیابان در دسترس است.

مردان در نواحی روستایی ویتنام نیز با پیب‌های سنتی بزرگ ساخته شده از بامبو که با تنباکوی قوی پر شده است، دخانیات را استعمال می‌کنند.

<http://www.vietnewsline.vn/News/Society/Law/104995/moking-ban-grows-dim.htm>

ویتنام سیگارکشیدن در مکان‌های عمومی در بسته را از ابتدای سال ۲۰۱۰ ممنوع کرده است.

این کشور مالیات دخانیات را بالا برده است تا تقاضا برای سیگار را کاهش دهد.

به گزارش خبرگزاری فرانسه دولت ویتنام در بیانیه‌ای بر روی وب‌سایتش اعلام کرد سیگار کشیدن در مدارس، مهدکودک‌ها، سینماها، ساختمان‌های دولتی و وسائل نقلیه عمومی غیرقانونی اعلام خواهد شد.

در بیانیه دولت ذکر می‌شود که رستوران‌ها به عمل نیامده است. این قانون از اول ژانویه به اجرا در آمده است.

عوارض محصولات دخانی و سیگارهای وارداتی افزوده خواهد

پنجاه و ششمین اجلاس سازمان بهداشت جهانی

دستور جلسه شماره ۱۳

۲۱ مه ۲۰۰۳

معاهده بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات

پنجاه و ششمین اجلاس سازمان بهداشت جهانی

با توجه به قطعنامه ۴۹/۱۷ و ۵۲/۱۸ که در راستای اجرای بند ۱۹ منشور سازمان خواستار تدوین معاهده‌ای در مورد کنترل دخانیات شده بود و به منظور حفظ نسلهای آینده و امروز از استعمال دخانیات و قرار گرفتن آنها در معرض دود دخانیات، و با ابراز نگرانی از افزایش استعمال سیگار و دیگر اشکال دخانیات در سراسر دنیا، و با قدردانی از گزارش رئیس هیأت مذاکره با نمایندگان دولتهای عضو در مورد نتایج کار این هیئت و چون دریافته که این معاهده قدم اول در همکاری‌های جهانی و اقدامات ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی برای حفظ سلامت بشر از تأثیرات سوء استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات است و با عنایت به این نکته که موقعیت خاص کشورهایی که اقتصاد در حال گذار دارند توجه بیشتری می‌طلبند و با تأکید بر نیاز مبرمی که به اجرای سریع و مؤثر این معاهده وجود دارد:

(۱) معاهده ضمیمه این قطعنامه را تصویب می‌کند.

(۲) تأکید می‌کند که طبق بند ۳۴ معاهده باید از تاریخ ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳ تا ۲۲ ژوئن ۲۰۰۳ در دفتر مرکزی سازمان در ژنو و پس از آن از تاریخ ۳۰ ژوئن ۲۰۰۳ تا تاریخ ۲۹ ژوئن ۲۰۰۴ در مقر سازمان ملل در نیویورک باز باشد تا اعضا بتوانند آن را امضاء کنند.

(۳) از همه دولتها و سازمانها ادغام اقتصادی منطقه‌ای که در این زمینه حق امضا دارند تقاضا می‌کند که در اولین فرصت این معاهده را امضا و تأیید و تصویب کنند و رسماً آن را بپذیرند تا هر چه سریعتر بتوان آن را به اجرا گذاشت.

(۴) همه دولتها و سازمانها ادغام اقتصادی منطقه‌ای را ترغیب می‌کنند در مدتی که این معاهده هنوز قابلیت اجرایی نیافته همه اقدامات مقتضی را برای کاهش که صرف دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود دخانیات به اجرا بگذارند.

(۵) همه دولتهای عضو و سازمانهای ادغام اقتصادی منطقه‌ای و ناظران و دیگر طرفهای ذینفع را ترغیب می‌کند که از اقدامات اولیه که در این قطعنامه به آنها اشاره شده حمایت کنند و برای اجرای این معاهده گامهای مؤثری بردارند.

(۶) از سازمان ملل و دیگر سازمان‌های بین‌المللی ذیربط تقاضا می‌کند که همچنان از برنامه‌های ملی و بین‌المللی مربوط به کنترل دخانیات حمایت کرده و از تأیید و تقویت آنها کوتاهی نکنند.

(۷) تصمیم می‌گیرید که در اجرای اصل ۴۲ نظامنامه داخلی اجلاس اخیر یک گروه کاری بین دولتی تشکیل داده که به روی تمام دولتها و سازمانهای ادغام اقتصادی موضوع ماده ۳۴ این معاهده باز بوده و هدف آن بررسی و آماده‌سازی طرحهای مرتبط با مسائلی است که در نخستین جلسه مجمع عمومی برای بررسی و تصویب در نظر گرفته شده‌اند این مسائل باید شامل موارد زیر باشد:

(۱) نظامنامه داخلی مجمع عمومی (ماده ۲۳/۳) و از جمله معیارهای مشارکت ناظران در نشست‌های مجمع عمومی

(۲) اختیارات لازم برای تعیین یک دبیرخانه دائمی و فراهم ساختن مقدمات شروع به کار آن (ماده ۲۴/۱)

(۳) مقررات مالی مجمع عمومی و هیأت‌های فرعی آن و شرایط مالی حاکم بر دبیرخانه (ماده ۲۳/۴)

(۴) تهیه پیش‌نویس بودجه برای نخستین دوره مالی (ماده ۲۳/۴)

(۵) بررسی منابع مالی بالقوه و موجود و ساز و کار حمایت از اعضا در اجرای تعهداتی که بر اساس این معاهده دارند (ماده ۲۵/۶)

(۶) به علاوه تصمیم می‌گیرد که این گروه کاری بین دولتی بر مقدمات تشکیل نخستین جلسه مجمع عمومی نظارت داشته و مستقیماً به آن گزارش دهد.

(۷) تصویب می‌کند که تصمیماتی که هیئت مذاکره برای طرح معاهده کنترل دخانیات درباره مشارکت سازمانهای غیر دولتی گرفته در مورد این گروه کاری بین دولتی قابل اطلاق باشد.

(۸) از دبیرکل می‌خواهد که:

- تا زمانی که دبیرخانه دائمی تأسیس نشده وظایف دبیرخانه را بر عهده بگیرد.

- برای حمایت از دولتهای عضو و به خصوص کشورهای در حال توسعه و کشورهایی که اقتصاد در حال گذرا دارند در اجرای این معاهده گامهای مؤثری بردارد.

- در فاصله ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳ تا تشکیل اولین نشست مجمع عمومی جلسات گروه کاری بین دولتی را به طور مرتب و هر قدر که لازم است برگزار نماید.

- کوشش کند که سازمان بهداشت جهانی در توصیه‌های فنی و جهت‌دهی و حمایت از کنترل دخانیات نقش مؤثری داشته باشد.

- سازمان را از پیشرفت‌هایی که در راه اجرایی کردن این معاهده تهیه مقدمات تشکیل اولین نشست مجمع عمومی صورت گرفته آگاه سازد.

الحاقیه

معاهده بین‌المللی کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی

دیباچه

امضاکنندگان این معاهده با عزم راسخی که برای دفاع از حقوقشان در زمینه حفظ بهداشت عمومی دارند، و با توجه به اینکه گسترش استعمال دخانیات معضلی جهانی است و تبعات وخیمی برای بهداشت عمومی دارد و مبارزه با آن مستلزم همکاری همه جانبه بین‌المللی است و مشارکت همه کشورها در یک حرکت دسته جمعی و مؤثر و شایسته را می‌طلبد، و با آگاهی از نگرانی جامعه بین‌المللی در مورد خطری که بهداشت جهانی را تهدید می‌کند و تبعات اجتماعی و اقتصادی و زیست‌محیطی بدنی که استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات دارد، و با ابراز نگرانی عمیق از افزایش جهانی تولید و استعمال سیگار و سایر انواع دخانیات، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، و بار گرانی که تولید و استعمال دخانیات بر دوش خانواده‌های فقیر و سیستم بهداشت عمومی می‌گذارد، و با توجه به اینکه تحقیقات علمی به وضوح روشن ساخته که استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات موجب مرگ و بیماری و ناتوانی می‌شود و بین استعمال انواع دخانیات و شروع بیماری‌های مرتبط با استعمال دخانیات فاصله کوتاهی وجود دارد و با توجه به اینکه سیگار و بعضی انواع دیگر دخانیات طوری ساخته شده‌اند که وابستگی ایجاد می‌کنند و بسیاری از ترکیبات آنها و دودهایی که تولید می‌کنند از لحاظ علم وجود خواهد آورد، و با توجه به نیاز این کشورها به مساعدت‌های مالی و فنی در زمینه برنامه‌هایی که برای توسعه پایدار دارند، و با آگاهی از زحمات ارزشمند بسیاری از کشورها در زمینه کنترل دخانیات و با ستایش از ریاست سازمان بهداشت جهانی و با قدردانی از تلاش‌های بقیه سازمان‌ها و نهادهای وابسته به سازمان ملل متحد و بقیه سازمان‌های بین‌دولتی منطقه‌ای و بین‌المللی به خاطر اقداماتی که در زمینه کنترل دخانیات انجام داده‌اند و با تأکید بر اینکه سازمان غیردولتی و بقیه اعضای جامعه مخالف دخانیات از جمله نهادهای تخصصی بهداشتی و انجمن‌های زنان و کودکان و گروه‌های فعال در زمینه محیط زیست و حمایت از مصرف‌کننده و مؤسسات بهداشتی و دانشگاهی چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی سهم بسزایی در برنامه‌های مربوط به کنترل دخانیات داشته‌اند و مشارکت آنها در این زمینه نقش مهمی دارد، و با توجه به لزوم هشجاری در مقابل تلاش‌های صنعت

دخانیات برای عقیم گذاشتن برنامه‌های مربوط به کنترل دخانیات، و با توجه به لزوم آگاهی از زد و بندهای صنعت دخانیات که بر روی تلاش‌هایی که به منظور کنترل دخانیات که بر تلاش‌هایی که به منظور کنترل دخانیات انجام می‌گیرد تأثیر منفی دارد، و با عنایت به ماده ۱۲ «میثاق جهانی حقوق و اقتصادی و فرهنگی» مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ که بیان می‌دارد هر کس حق دارد از بالاترین استانداردهای سلامت ذهنی و جسمانی برخوردار باشد، و با عزم راسخ به بهبود اقدامات مربوط به کنترل دخانیات با در نظر گرفتن همه ملاحظات علمی و فنی و اقتصادی مربوط، و با توجه به معاهده رفع همه اشکال تبعیض نسبت به زنان مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ ۱۸ دسامبر ۱۹۷۹ که اظهار می‌دارد دولت‌ها باید برای رفع تبعیض نسبت به زنان در زمینه تأمین اجتماعی اقدامات مقتضی را مبذول دارند و با توجه به میثاق جهانی حقوق کودک مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ ۲۰ نوامبر ۱۹۸۹ که حق کودکان را برای برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت جسمانی به رسمیت شناخته است، در مورد مسائل زیر به توافق رسیدند:

بخش ۱

مقدمه

ماده (۱) در این معاهده:

(الف) «تجارت غیرقانونی» به معنی هر اقدام یا فعالیتی در مورد تولید یا توزیع یا حمل و نقل یا دریافت یا تملک یا خرید و فروش کالای خاصی است که قانون آن را ممنوع اعلام کرده است. از جمله هر اقدام یا فعالیتی که به منظور تسهیل چنین کاری صورت گیرد، مشمول عنوان تجارت غیرقانونی می‌شود.

(ب) «سازمان ادغام اقتصادی منطقه‌ای» به معنی سازمانی است متشکل از چند دولت حاکم که دولتهای عضو در مورد برخی موضوعات خاص اختیاراتی به آن تفویض کرده‌اند. از جمله اختیار تصمیم‌گیری در مورد برخی مسائل که برای اعضا تعهداتی ایجاد خواهد کرد.

(ج) «تبلیغ و تشویق دخانیات» به معنی هر اقدام یا سفارش یا آگهی بازرگانی هدفدار است که مستقیم یا غیرمستقیم در ترغیب و تشویق افراد به تولید یا مصرف دخانیات تأثیر دارد یا می‌تواند تأثیر داشته باشد.

(د) «کنترل دخانیات» به معنی برنامه‌هایی است که به منظور ارتقاء وضع سلامت افراد جامعه از طریق محو یا کاهش استعمال دخانیات در بین آنها یا قرار گرفتن آنها در معرض

دود حاصل از دخانیات.

ه) «صنعت دخانیات» به معنی کارخانجات تولید دخانیات یا توزیع‌کنندگان بزرگ دخانیات یا واردکنندگان انواع مختلف دخانیات است.

و) «انواع مختلف دخانیات» به معنی محصولاتی است که بخشی از ماده خام تشکیل‌دهنده آنها یا تمام ماده خام تشکیل‌دهنده آنها برگ توتون یا تنباکو است و به منظور دود کردن یا مکیدن یا جویدن یا استنشاق از راه بینی تولید می‌شود.

ز) «مساعدت در زمینه دخانیات» به معنی هر گونه تشریک مساعی عامدانه با هر فرد یا اقدام یا موضوعی است که مستقیم یا غیرمستقیم در تشویق و ترغیب افراد به تولید یا استعمال دخانیات تأثیر داشته باشد یا بتواند تأثیر داشته باشد.

ماده ۲) رابطه بین این معاهده و اسناد و قراردادهای قانونی دیگر:

۱) از اعضا خواسته می‌شود به منظور حفظ بهتر سلامت افراد جامعه اقداماتی فراتر از آنچه در این معاهده و پروتکل‌های آن آمده، به اجرا بگذارند و هیچ یک از مطالبی که در این اسناد آمده نباید مانع این شود که اعضا در این زمینه مطابق شرایط خاص و قوانین ملی خود سختگیری‌های بیشتری روا دارند.

۲) مفاد این معاهده و پروتکل‌های آن به هیچ وجه حق اعضا را برای اینکه در مورد مسائل مرتبط با این معاهده و پروتکل‌هایش به توافقات دو جانبه یا چند جانبه و از جمله توافقات منطقه‌ای یا کمتر از منطقه‌ای دست یابند، محدود نخواهد کرد، مشروط به اینکه این توافقات با تعهداتی که براساس این معاهده و پروتکل‌هایش دارند، در تضاد نباشند. اعضایی که به چنین توافقاتی دست یافته‌اند، باید از طریق دبیرخانه، مجمع عمومی را در جریان بگذارند.

بخش دوم: هدف، اصول کلی و تعهدات عمومی

ماده ۳) هدف:

هدف این معاهده و پروتکل‌هایش حفظ نسل‌های آینده و امروز از اثرات زیانبار بهداشتی، اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات است که با تهیه چارچوبی برای اقدامات لازم در زمینه کنترل دخانیات محقق خواهد شد. این اقدامات که در سطح ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی توسط دولت‌های عضو این معاهده انجام خواهد شد، به منظور کاهش چشمگیر و مداوم رواج استعمال دخانیات و قرار

گرفتن افراد در معرض دود دخانیات صورت خواهد گرفت.

ماده ۴) اصول کلی:

برای حصول به هدف این معاهده و پروتکل‌هایش و اجرای مفاد آن اعضا از جمله به طرق زیر راهنمایی می‌شوند:

۱) همه باید از تهدید جدی و اثرات زیانبار و ماهیت اعتیادآور استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات آگاه شوند و در سطح دولتی، اقدامات اداری و اجرایی و قانونی مؤثری به عمل آید که افراد جامعه در معرض دود دخانیات قرار نگیرند.

۲) برای توسعه و تقویت اقدامات جامع و همه جانبه و هماهنگی لازم از این حیث در سطح ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی، تعهد سیاسی نیرومندی لازم است و در این زمینه باید به نکات زیر توجه داشت:

الف) لزوم انجام دادن اقداماتی به منظور حفظ همه اشخاص از قرار گرفتن آنها در معرض دود حاصل از دود دخانیات.

ب) لزوم انجام دادن اقداماتی به منظور جلوگیری از روی آوردن افراد جدید به استعمال دخانیات و تشویق و ترغیب بقیه به ترک دخانیات و به طور کلی کاهش استعمال دخانیات در هر شکل.

ج) لزوم انجام دادن اقداماتی برای ارتقاء سطح مشارکت افراد و اجتماعات محروم و کم‌درآمد در توسعه و پیشرفت و اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات که از لحاظ فرهنگی و اجتماعی با دورنما و نیازهای زندگی آنها همخوانی دارد.

د) لزوم انجام دادن اقداماتی برای مقابله با مخاطرات جنسی استعمال دخانیات در برنامه‌هایی که برای کنترل دخانیات تنظیم می‌شود.

۳) همکاری بین‌المللی به ویژه در انتقال فناوری و دانش و امکانات مالی و تأمین نیروی متخصص برای اجرای برنامه‌های مربوط به کنترل دخانیات نقش مهمی دارد و فرهنگ بومی و عوامل اجتماعی و اقتصادی و سیاسی و حقوقی در این معاهده مورد تأکید قرار می‌گیرد.

۴) برای جلوگیری از بیماری و ناتوانی زودرس و مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات و قرار گرفتن در معرض دود دخانیات که از اصول اولیه بهداشت عمومی است، باید در سطح ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی، اقدامات جامع و همه جانبه‌ای انجام داد.

۵) موضوعات مربوط به مسئولیت افراد و گروه‌ها که هر یک از اعضا مطابق سیستم حقوقی خود تعیین خواهد کرد، بخش مهمی از برنامه جامع کنترل دخانیات است.

۶) اهمیت مساعدت‌های مالی و فنی برای کمک به وضع اقتصادی کارگران و کشاورزانی که زندگیشان با برنامه‌های

کنترل دخانیات در کشورهای در حال توسعه و کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار آسیب خواهد دید، باید مورد توجه قرار گیرد در بطن برنامه‌های ملی برای توسعه پایدار گنجانده شود.

۷) مشارکت جامعه مدنی در رسیدن به هدف این معاهده و پروتکل‌هایش ضروری است.

ماده ۵

تعهدات کلی:

۱) اعضا باید مطابق این معاهده و پروتکل‌های این معاهده که در آن عضویت دارند، برنامه‌های جامع و همه‌جانبه‌ای برای کنترل دخانیات به اجرا بگذارند و هر چند وقت یکبار برنامه‌های خود را روزآمد سازند و مورد بازنگری قرار دهند. ۲) برای رسیدن به این هدف هر یک از اعضا باید براساس توانایی‌هایی که دارد:

الف) برای برنامه‌های مربوط به کنترل دخانیات هسته مرکزی یا ساز و کار ملی مناسبی تشکیل داده یا اگر چنین مراکز و ساز و کارهایی وجود دارد، آنها را تقویت کرده و کمک‌های مالی در اختیار آنها بگذارد.

ب) مقررات قانونی و اداری و اجرایی مؤثری تصویب کرده و به اجرا بگذارد و / یا هر گونه اقدامات دیگری را معمول داشته و در پیشبرد برنامه‌های مربوط به محو و کاهش استعمال دخانیات و اعتیاد به نیکوتین و فرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات به نحو مقتضی با دیگر اعضا همکاری کند.

۳) اعضا باید براساس قوانین ملی خود در تدوین و اجرای بخشی از برنامه‌های بهداشت عمومی که به کنترل دخانیات مربوط می‌شود، طوری عمل کنند که این برنامه‌ها با فعالیتهایی که صاحبان منافع صنعت دخانیات انجام می‌دهند، عقیم نماند.

۴) اعضا باید در تدوین تدابیر و اصول پیشنهادی برای اجرای این معاهده و پروتکل‌های آن با یکدیگر همکاری کنند.

۵) اعضا باید برای رسیدن به اهداف این معاهده و پروتکل‌های آن که در آن عضویت دارند، به نحو مقتضی با سازمان‌های بین دولتی بین‌المللی و منطقه‌ای ذیربط همکاری کنند.

۶) اعضا باید از طریق ساز و کارهای دو جانبه و چند جانبه و در چارچوب ابزارها و منابع مالی که در اختیار دارند، برای اجرای مؤثر و کارآمد این معاهده همکاری کنند.

بخش سوم: اقدامات مربوط به کاهش تقاضا برای دخانیات

ماده ۶

اقدامات مربوط به قیمت‌گذاری و اخذ مالیات در جهت کاهش تقاضا برای دخانیات:

۱) اعضا می‌پذیرند که اقداماتی که در جهت قیمت‌گذاری و اخذ مالیات صورت می‌گیرد، ابزار مهم مؤثر و کارآمدی برای کاهش استعمال دخانیات توسط بخش‌های مختلف جامعه مخصوصاً جوانان است.

۲) بدون اینکه در حق قانونی اعضا برای نحوه تعیین مالیات محدودیتی ایجاد شود، هر یک از اعضا باید برنامه‌های کنترل دخانیات در جهت حفظ بهداشت عمومی را جدی گرفته و اقداماتی را که برخی از آنها به شرح زیر است، تصویب کرده و به اجرا بگذارد.

الف) اجرای سیاست‌هایی در جهت اخذ مالیات و در صورت لزوم قیمت‌گذاری بر انواع مختلف دخانیات به منظور اتخاذ نوعی سیاست بهداشت عمومی که هدف آن کاهش استعمال دخانیات است.

ب) ممنوع کردن یا در صورت لزوم محدود کردن فروش دخانیات به مسافران خارجی که می‌توانند بدون پرداخت مالیات انواع مختلف دخانیات وارد کنند.

۳) اعضا باید در گزارش‌های ادواری که طبق ماده ۲۱ این معاهده به مجمع عمومی می‌دهند، نرخ اخذ مالیات از انواع مختلف دخانیات و میزان گرایشی را که به استعمال دخانیات در کشورهايشان وجود دارد، اعلام دارند.

ماده ۷

اقدامات غیرقیمتی در جهت کاهش تقاضا برای دخانیات: اعضا می‌پذیرند که اقدامات جامع غیرقیمتی ابزار مؤثر و کارآمدی برای کاهش استعمال دخانیات است. هر یک از اعضا باید برای اجرای تعهداتی که مطابق مواد ۸ تا ۱۳ این معاهده دارد، اقدامات اداری و اجرایی و قانونی مؤثری در پیش گرفته و تصویب کند و به اجرا بگذارد و مستقیماً یا از طریق نهادهای بین‌المللی ذی‌صلاح به نحو مقتضی با دیگر اعضا همکاری کند.

ماده ۸

جلوگیری از فرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات:

۱) اعضا می‌پذیرند که تحقیقات علمی به وضوح روشن ساخته که فرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات موجب مرگ و بیماری و ناتوانی می‌شود.

۲) اعضا باید در محدوده سیستم قضایی خود که قوانین

مهمان ویژه این شماره: دکتر منصور رضایی



دانشگاه تربیت مدرس و نظام پزشکی در بازآموزی‌ها و بیمارستان بقیه... و لقمان حکیم و همچنین مشاوره آموزش تغذیه فردی و همگانی.

جناب آقای دکتر رضایی به نظر شما آیا بین سیگار کشیدن و تغذیه ارتباطی وجود دارد؟

بله. بین استعمال دخانیات و تغذیه رابطه متقابل وجود دارد. افراد سیگاری عمدتاً کم اشتها می‌شوند، بنابراین اغلب آنها ضعیف و لاغر هستند و تمایل به مصرف میوه و سبزیجات ندارند. درحالی‌که این گروه از افراد جامعه به علت افزایش استرس، اکسیداتیو در بدن و فلزات سنگین موجود در سیگار نیاز بدنشان به میوه و سبزیجات بیشتر از افراد عادی است.

آیا تغذیه مناسب می‌تواند تمایل به مصرف سیگار را کاهش دهد؟

بله. برخی از ترکیبات بویژه میوه و سبزیجات بدلیلی قلبیایی کردن محیط خون سبب کاهش دفع نیکوتین بدن می‌شوند. بنابراین میل به استعمال سیگار را کاهش می‌دهند و عکس این قضیه نیز صادق است. مصرف چای و گوشت‌ها بویژه گوشت قرمز به علت ادرارآور بودن و اسیدی‌کردن محیط خون باعث افزایش دفع نیکوتین می‌شوند. بنابراین تمایل به مصرف سیگار در این افراد افزایش می‌یابد.

دکتر منصور رضایی در سال ۱۳۵۱ در تهران متولد شد. او در سال ۱۳۷۰ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مقطع کارشناسی علوم تغذیه پذیرفته شد. پس از اتمام مقطع کارشناسی در همان سال بلافاصله در مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پذیرفته شد و پس از فارغ التحصیل شدن از دانشگاه به مدت یک سال به صورت قراردادی در انستیتو تحقیقات تغذیه کشور مشغول به کار گردید. سپس به مدت یک سال و نیم تحت عنوان مدرس حق التدریس در دانشگاه علوم پزشکی مازندران برای دانشجویان پزشکی، داروسازی، بهداشت، پرستاری و مامایی واحد تغذیه تدریس داشت. در سال ۱۳۸۰ در مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی مسیح دانشوری استخدام و هم‌زمان در آزمون ورودی دوره دکترای تخصصی و بورسیه اعزام به خارج از کشور پذیرفته شدند ولی به علت تصمیمات شخصی بورسیه خارج از کشور ایشان تبدیل به بورسیه داخل از کشور شد. ایشان در حال حاضر در حال انجام مراحل پایانی پایان نامه مقطع دکتری می‌باشند. او معتقد است که درس خواندن هیچ مانعی برای تشکیل زندگی مشترک و کار کردن نیست. به طوری که خودشان نیز در تمام دوران تحصیل علاوه بر تشکیل زندگی مشترک مشغول به کارهای آموزشی و تحقیقاتی بودند.

جناب آقای دکتر رضایی مختصری از فعالیتهای خود را بیان نمایید؟

فعالیت‌های اینجانب در دو زمینه آموزشی و پژوهشی بوده که آموزش در مهد کودک‌ها و مدارس در مقاطع مختلف و بیمارستانها، همچنین در برخی از کنکوره‌ها و همایشهای داخل و خارج از مرکز، همکاری مداوم با رادیوی جمهوری اسلامی ایران که در بخش داخلی رادیو سلامت و در بخش خارجی و برون مرزی ایرانیان مقیم خارج از کشور در صدای آشنا فعالیت می‌کنم. درحیطه پژوهشی نیز در موارد زیر فعالیت داشتم: مکمل‌هایی نظیر اسید فولیک در کودکان و حیوانات آزمایشگاهی و ارتباط دادن آن با رفتارهای تغذیه‌ای نظیر دریافت غذا (اشتها) و هورمونهای مرتبط با دریافت غذا (لپتین، گرلین و...) همچنین همکاری با گروه پیوند قلب و ریه درمانگاه پیوند و مشاوره بیماران قبل و بعد از پیوند، سرپرستی واحد تغذیه، همکاری با دانشگاه تربیت مدرس و نظام پزشکی در بازآموزی‌ها و بیمارستان بقیه... و لقمان حکیم و همچنین مشاوره آموزش تغذیه فردی و همگانی.

در افراد سیگاری از غیر سیگاری بیشتر باشد. همچنین لبنیات (شیر، ماست، کشک، دوغ و...) به طور رقابتی مانع جذب فلزات سنگین موجود در سیگار می‌شود که باز هم توصیه می‌شود مصرف مواد لبنی در افراد سیگاری بیشتر باشد.

چه توصیه تغذیه‌ای جهت کاهش عوارض سیگار دارید؟

داشتن الگوی غذایی صحیح شامل میوه‌جات و سبزیجات، حبوبات، گوشت سفید (مرغ و ماهی) لبنیات کم چرب، مغز گردو، بادام، پسته و فندق تازه و بی‌نمک و همچنین استفاده از میان وعده‌های مناسب در کنار وعده غذایی صبحانه، نهار و شام. همچنین داشتن تنوع غذایی، استفاده کافی از مایعات (به صورت منظم هر ساعت یک استکان)، کاهش مصرف افراطی چای و قهوه جهت کاهش اضطراب پس از ترک سیگار و جایگزین کردن آن با لبنیات کم چرب همواره با مواد نشاسته‌ای نظیر نان و ماست و یا نان و پنیر، شیر و عسل و یا شیر و خرما افزایش فعالیت فیزیکی روزانه همراه با نفس عمیق.

آیا از فعالیتهای مرکز تحقیقات دخانیات اطلاعی دارید؟

خیلی کم. مناسبانه به علت مشغله کاری اطلاع کافی ندارم.

چه توصیه تغذیه‌ای برای جلوگیری از چاقی پس از ترک سیگار دارید؟

با توجه به اینکه پس از ترک سیگار، اشتهاى فرد افزایش می‌یابد و از طرفی سوخت و ساز فرد کاهش می‌یابد طبیعتاً کالری دریافتی بدن زیاد می‌شود. بنابراین این افراد اضافه وزن پیدا می‌کنند و دچار چاقی می‌شوند که این مساله بویژه در خانم‌ها خوشایند نیست. پس پیشنهاد می‌شود در شرایط ترک سیگار و پس از آن مصرف گروه‌های میوه‌جات و سبزیجات، لبنیات کم چرب و حبوبات افزایش پیدا کند، چرا که استفاده از این گروه مواد غذایی (فک خسته‌کن، معده پرکن) تمایل به مصرف سیگار را کاهش می‌دهند و از طرفی کم کالری بوده و در نهایت باعث جلوگیری از اضافه وزن و چاقی پس از ترک سیگار می‌شوند. همچنین در کنار آن افزایش فعالیتهای روزانه مثل پیاده‌روی تند همراه با تنفس عمیق پیشنهاد می‌شود.

لطفاً در مورد عادت غذایی غلط افراد سیگاری توضیح دهید؟

افراد سیگاری عمدتاً نامنظم غذا می‌خورند و میان وعده ندارند. تنوع غذایی آنها کم است و گاهی مواقع بعضی از گروه‌های غذایی را اصلاً مصرف نمی‌کنند. اکثر آنها تمایل به غذای چرب دارند. مصرف چای و قهوه در آنها زیاد است و مصرف میوه و سبزی در این افراد کمتر از افراد غیرسیگاری است. برخی از آنها سیگار را با معده خالی حتی قبل از صبحانه مصرف می‌نمایند.

لطفاً در مورد نیازهای تغذیه‌ای در افراد سیگاری توضیح دهید؟

در افراد سیگاری به علت استعمال دخانیات میزان استرس اکسیداتیو، رادیکالهای آزاد و فلزات سنگین مثل (سرب، آرسنیک، کادمیوم) در بدن بالا می‌رود که برای کاهش میزان این مواد در بدن نیاز به مواد آنتی اکسیدان نظیر ویتامین C و E و سلنیوم و... بالا می‌رود که این ترکیبات به وفور در میوه و سبزیجات



مرور بر کتب چاپ شده

در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

در یک مطالعه که بر روی بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی-عروقی انجام شد، مشاهده گشت که NRT با استفاده از برجسبهای مربوطه مؤثرتر از شبه دارو نمی‌باشد. به نظر می‌رسد در افراد سیگاری که از COPD خفیف تا متوسط رنج می‌برند، بوپروپیون آهسته رهش شانس ترک را در ۶ ماه پیگیری در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر می‌کند (۱۶٪ در مقابل ۹٪). همچنین در یک مطالعه بر روی جمعیت سیگاری مزمن با سابقه مصرف ۵۰ pack/year سیگار و حداقل ۵ تلاش قبلی برای ترک نشان داده شد که نیمی از افراد از انفارکتوس میوکارد رنج می‌برند و یک چهارم آنها COPD با و یا بدون دیابت داشتند و میزان ترک پیوسته در ۶ ماه در بین افرادی که از بوپروپیون استفاده می‌کردند ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افرادی بود که شبه دارو دریافت کرده بودند. در یک مطالعه توسط تونستاد و همکاران بر روی بیمارانی با بیماریهای قلبی-عروقی اثبات شده، میزان ترک پیوسته در ۱۲ ماه در بیمارانی که با بوپروپیون درمان شده بودند بیش از ۲ برابر شبه دارو گزارش گردید (۲۲٪ در مقابل ۹٪).

افراد با بیماریهای وابسته به دخانیات یا با سایر عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی مانند دیابت، فشار خون و اختلالات چربی برای یک برنامه پیشگیری چندین منظوره مناسب می‌باشند. این افراد بیمارانی بودند که شواهد واضحی از خطرات بیماریهای وابسته به دخانیات را ندارند و پزشکان عمومی می‌توانند نقشی حیاتی در این امر ایفا کنند. مثالهایی از مشارکت سایر متخصصان بهداشتی در این زمینه بستگی به مشکلات بهداشتی موجود دارد که می‌توان از آموزش دهندگان در مورد دیابت، داروسازان، پزشکان متخصص، پرستاران کادر درمانی و پرستاران سیستم بهداشت اولیه نام برد. در بعضی مناطق، مشاوران خطوط تلفنی ترک نیز این قابلیت را دارند که در یک برنامه مراقبتی وارد شوند.

شواهد

ادامه دادن به سیگار کشیدن یک فاکتور مهم در عود یا افزایش شدت بیماریهای وابسته به دخانیات می‌باشد.

توصیه

برنامه‌های ترک سیگار باید بر درمان افرادی با بیماریهای وابسته به دخانیات تمرکز کند.

افراد با اختلالات روانی

شیوع سیگار کشیدن در افرادی با مشکلات بهداشتی روانی بیشتر می‌باشد و میزان آن بین ۵۰ تا ۸۰٪ می‌باشد.

راهنمای ترک سیگار شما می‌توانید

تألیف: دکتر غلامرضا حیدری
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی



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

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

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

همچنین تخمین زده می‌شود که ۳۰٪ از افرادی که بدنبال درمان ترک سیگار می‌باشند ممکن است سابقه‌ای از افسردگی داشته باشند. میزان مشکلات روانی بهداشتی در بین سیگاریها بیش از جمعیت عادی می‌باشد. برای این افراد باید مداخلات ترک سیگار ویژه‌ای انجام شود.

وجود بیماریهای روانی منعی برای ترک سیگار به شمار نمی‌روند ولی بیماری و روند درمان آن لازم است که به دقت در طی ترک سیگار ثبت و بررسی شود.

سیگاریهایی با سابقه قبلی افسردگی، ممکن است بدنبال ترک سیگار دچار افسردگی شده و در معرض خطر بیشتر مشکلات وابسته به سیگار کشیدن باشند و لذا مشکلات بیشتری برای ترک دارند. زمان بازگشت به یک دوره جدید افسردگی از چندین هفته تا چندین ماه متفاوت می‌باشد. شواهدی وجود دارد که هم بوپروپیون و هم نورتریپتیلین بطور یکسان در افراد سیگاری با و یا بدون سابقه افسردگی مؤثرند. یک مطلب مهم در افراد سیگاری مبتلا به افسردگی آن است که بوپروپیون می‌تواند با تعدادی از داروهای ضدافسردگی بوسیله کم کردن آستانه تشنج یا سایر مکانیسم‌ها مداخله داشته باشد. لازم است در همراهی مصرف بوپروپیون با داروهایی که توسط ایزوانزیم CYP2D6 متابولیزه می‌شوند احتیاط کرد (مانند ضدافسردگیهای ۳ حلقه‌ای و بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین). اگر این داروها در بیمارانی که بوپروپیون مصرف می‌کنند تجویز شود، لازم است که با کمترین دوز طیف درمانی کمتر تجویز شوند. بطور شایع بوپروپیون برای بیمارانی تجویز می‌شود که در حال مصرف داروهای ضدافسردگی می‌باشند. در این شرایط لازم است که دوز سه حلقه‌ایها یا SSRIها کاهش یابد. بوپروپیون نباید در بیمارانی که مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز مصرف می‌کنند، تجویز شود و ۱۴ روز فاصله بین قطع MAOIها و شروع بوپروپیون توصیه می‌شود. برای اطلاعات بیشتر تداخلات از بروشور اطلاعات زیان استفاده نمایید.

شواهد

بوپروپیون آهسته رهش در کمک به ترک سیگار افراد با سابقه افسردگی مؤثر است. نورتریپتیلین یک درمان مؤثر ترک در افراد با سابقه افسردگی می‌باشد.

توصیه

بوپروپیون آهسته رهش باید بعنوان یک درمان دارویی برای کمک به ترک در افراد سیگاری با سابقه فعلی یا قبلی افسردگی در نظر گرفته شود.

نورتریپتیلین باید با توجه به عوارض جانبی آن بعنوان یک داروی خط دوم در نظر گرفته شود.

افرادی با بیماریهای روان پریشی

شیوع سیگار کشیدن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌تواند تا ۹۰٪ باشد. نیکوتین می‌تواند بعضی علائم منفی روانی مانند عدم تحرک و کمبود انرژی را تعدیل کند و ممکن است علائم اندک و علائم تحریک روانی مانند هالوسیناسیون شنوایی را کاهش دهد. شواهدی وجود دارد که بسیاری از افراد اسکیزوفرن دربارہ سیگار کشیدن نگرانند و برای ترک آن کمک می‌خواهند. راهنمای کاهش و ترک در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پیشنهاد می‌کند که پزشک همانطور که انگیزه فرد را برای ترک، بررسی می‌کند لازم است که خطرات ترک را هم بررسی و مورد توجه قرار دهد. نکات کلیدی خطر شامل دوره‌های بیشتر سایکوز، افسردگی و تغییر در اثرات دارویی و درمانی می‌باشد. یک راهنمای خلاصه در زیر آمده است:

خلاصه راهنمای درمان سیگار در افرادی مبتلا به اسکیزوفرنیا

- شناسایی سیگاریها: تبریک بگویید اگر سیگاری نیستند.
- ارزیابی آمادگی برای ترک: اگر آماده نیستند، یک دلیل مشخصی برای ترک پیدا کنید. سابقه سیگار کشیدن را بپرسید.

- ارزیابی خطرات ترک سیگار:

خطر عود سایکوز: علائم معمول برای این بیمار را بشناسید.

خطر افسردگی: سابقه قبلی یا سابقه خانوادگی را بشناسید.

تغییر در اثرات دارویی: عوارض جانبی فعلی را در بیمار بشناسید (اگر وجود دارند).

- یک برنامه فردی بنویسید: در صورتیکه اختلالات شناختی وجود داشته باشد یک برنامه نوشته شده مهم است.

- از درمانهای جایگزین نیکوتین استفاده کنید: بطور واضحی درصد ترک افزایش می‌یابد و علائم محرومیت کم می‌شود.

- درمانهای گروهی را توصیه کنید: به جلوگیری از عود کمک می‌کند.

- بطور مداوم پیگیری کنید:

هر ۱-۳ روز بعد از ترک، مواجهه با هر مشکلی را توضیح دهید.

هر هفته برای ۱ ماه پیگیری کنید.

ارزیابی کنید:

عود سایکوز افسردگی

تغییرات اثرات دارویی هر ماه تا ۶ ماه پیگیری کنید.
به بررسی وضعیت روانی و دارویی ادامه دهید.

- هر پیشرفتی را تشویق کنید.

- این راهنما بصورت کامل در دپارتمان ویکتوریان در وب سایت زیر قابل دسترسی می باشد.
www.dhs.vic.gov.au/acmh/mh/publications

این راهنما پیشنهاد می کند که بوپروپیون آهسته رهش برای استفاده روتین در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مناسب نیست. زیرا ممکن است سایکوز را تشدید و یا فرد را مستعد به سایکوز کند. راهنمای سین (SANE) همچنین خاطرنشان می سازد که بوپروپیون باید با مراقبت و احتیاط در افراد اسکیزوفرن و با آگاهی بیمار و تجویزکننده دارو از مشکلات احتمالی آن و با ارزیابی منظم، تجویز شود.

سیگار کشیدن بر سطح خونی برخی از داروهای استفاده شده در درمان بیماریهای روانی، از طریق القاء آنزیمهای کبدی توسط هیدروکربنهای موجود در دود سیگار اثر می کند. چندین مطالعه ثابت کرده که سیگار کشیدن، سطح خونی بعضی از عوامل نورولپتیک را تا ۵۰٪ کاهش می دهد. داروهای ضدسایکوزی که متابولیسمشان، از سیگار کشیدن تأثیر می پذیرد شامل کلوزاپین، فلوئنازین، هالوپریدول و اولانزاپین می باشند.

اگر شخصی سیگار را ترک و یا تعداد سیگارهای مصرفی را تا حد واضحی کاهش دهد، سطح خونی این داروها ممکن است افزایش یابد و عوارض جانبی مانند خواب آلودگی و افت فشار خون رخ دهد. مشاوره با یک روانپزشک در این زمینه برای تنظیم دوز داروها لازم است. به نظر نمی رسد متابولیسم بعضی از ضدسایکوزها مانند ریسپریدون و کویتاپین توسط سیگار کشیدن تحت تأثیر قرار بگیرد.

افراد دارای اختلالات سوء مصرف مواد:

سیگار کشیدن این افراد شایع است و ممکن است با سایر اختلالات سوء مصرف مواد مانند الکل، حشیش و وابستگی به مخدرها در ارتباط باشد. اگرچه ترک سیگار قسمت عمده مداخلات بالینی در این بیماران نمی باشد زیرا توجه معمولاً بر الکل یا سایر مواد غیرقانونی متمرکز است. با اینحال حدود ۲۰٪ یا بیشتر از افرادی که بدنبال سرویسهای ترک سیگار هستند ممکن است سابقه ای از سوء مصرف الکل یا وابستگی داشته باشند. شواهدی وجود دارد که افرادی دچار وابستگی به الکل درصد موفقیت مشابهی در ترک سیگار نسبت به جمعیت عمومی دارند و ترک دخانیات باعث عود مصرف الکل نمی شود. همچنین شواهدی وجود دارد که ادامه دادن مصرف سیگار بر درمان وابستگی به حشیش اثر معکوس دارد. موفقیت در ترک سیگار برای افرادی با وابستگی به تریاک کمتر از جمعیت عادی می باشد. بررسی و حمایت برای ترک سیگار در افرادی که دچار مشکلات سوء مصرف مواد می باشند و همچنین مداخله سایر متخصصان بهداشتی

مانند مشاوران در زمینه سوء مصرف مواد و الکل می تواند سودمند باشد

بر اساس تجربیات بدست آمده در ایران جهت درمان موفقیت آمیز ترک سیگار افراد معتاد به دو گونه می توان عمل نمود. در روش اول، در یک زمان ترک سیگار و ترک مواد مخدر را می توان برنامه ریزی و هدایت نمود و در تاریخ مشخص هر دو درمان ترک انجام می پذیرد. در روش دیگر می توان ابتدا برنامه درمانی ترک مواد مخدر را به نتیجه رسانید و سپس تا زمانی حدود ۱ ماه بعد از آن برنامه ترک سیگار را اجرا نمود.

ضمیمه ۱

خودآموز ترک سیگار

افراد سیگاری می توانند با استفاده از مطالبی که در ذیل می آید به صورت یک برنامه خودآموز روشهای ترک سیگار را انجام داده و در مورد مشکلات و عوارض ناشی از ترک راهنمایی های لازم کسب نمایند.

چرخه مراحل ترک سیگار

هر فرد سیگاری در دوران سیگار کشیدن خود در یکی از مراحل ذیل قرار دارد:

مرحله پیش تفکر

شما هیچ برنامه ای حداقل تا سال دیگر برای ترک سیگار ندارید.

مرحله تفکر اولیه

دیگران به شما توصیه می کنند که سیگار را ترک کنید اما شما حاضر به شنیدن آن نیستید.
شما علاقمند هستید که اطلاعاتی در مورد ترک سیگار گرد آوری نمایید.

مرحله تفکر و تصمیم

در این مرحله شما شروع می کنید تا در مورد ترک سیگار فکر کنید.

مایلید برنامه ای برای ترک سیگار ظرف ۶ ماه آینده تدارک بینید.

مایلید تغییراتی در برنامه روزانه سیگار تان ایجاد نمایید، تغییراتی از قبیل کاهش تعداد سیگارهایی که لزوماً در طول روز می کشید.

شروع می کنید که بخودتان برای ترک سیگار انگیزه های لازم را بدهید.

اکنون آمادگی لازم برای ترک سیگار را دارید. مایلید که تاریخ ترک سیگار را ظرف چند هفته آینده تعیین کنید. مایلید که تکنیک‌ها و استراتژی‌های جایگزین سیگار را بیاموزید.

مرحله تصمیم و عمل

مایلید که در نحوه زندگی خود تغییراتی بوجود آورید. شما آماده‌اید تا ناراحتی‌های کوتاه مدت را بخاطر منافع دراز مدت آن تحمل کنید. شما ظرف ۶ ماه گذشته، اقدام به ترک عملی سیگار کرده‌اید. شما علاقمند هستید که زندگی بدون سیگار خود را ادامه داده و از بازگشت مجدد به سیگار جلوگیری بعمل آورید.

مرحله ابقا و بازگشت

شما در ۶ ماه گذشته سیگار را ترک کرده بودید اما الان دوباره سیگار می‌کشید.

انگیزه

شما ممکن است در گذشته با دور انداختن سیگار خود بطور آنی تصمیم به ترک سیگار گرفته باشید. ولی آنچه که شما بعد از چندین ساعت، روز، هفته و یا حتی ماه به آن میرسید بازگشت مجدد به سیگار می‌باشد. کنار گذاشتن سیگار یک تصمیم آنی نیست بلکه یک روند است که به مقدماتی برای موفق شدن نیاز دارد. بدون آمادگی مطلوب شما خود را در معرض شکست قرار خواهید داد و بالطبع تمایل خود را برای اقدام مجدد از دست خواهید داد، یا حتی ممکن است به این باور برسید که شما توانایی اقدام به این کار را ندارید.

اولین قدم در آماده ساختن خود برای ترک سیگار این است که انگیزه‌های خود را ارزیابی کنید. انگیزه‌های شما پایه‌های تعهدات شما به ترک سیگار می‌باشد. عزم راسخ، جرات، قدرت و ثبات واژه‌هایی هستند که توسط افراد سیگاری زمانیکه قصد ترک سیگار را دارند استفاده می‌شود. هر چند که برای ترک دائمی سیگار نیاز به قدرت، تعهد، درک، اراده و انگیزه‌های قوی می‌باشد. اخیراً، سیگاری‌ها با پیام‌های ترک کردن سیگار بمباران می‌گردند. هزینه‌های خرید سیگار افزایش یافته است، مکانهای عمومی مجاز برای سیگار کشیدن تقلیل یافته است و سیگار مقبولیت اجتماعی کمتری دارد. هر چند، این شواهد به تنهایی به افراد سیگاری انگیزه‌های لازم برای ترک سیگار را نمی‌دهد. بنابراین ضروری است که

شما انگیزه‌های شخصی خود را مشخص سازید و آنها را ارزیابی کنید. اگر دلایل شما برای ترک سیگار برابر تمایل شما برای ادامه آن باشد، شانس شما برای ترک موفقیت آمیز سیگار کمتر است. اما اگر دلایل ترک سیگار وزن بیشتری داشته باشد، آن وقت زندگی شما بسوی یک زندگی بدون سیگار پیش می‌رود.

تأکید بر انگیزه‌ها

برروی یک کاغذ دلایل خود را برای ترک سیگار بنویسید و این لیست را با خود به همراه داشته باشید. یا آنرا بروی یخچال یا در محلی بگذارید که همواره بشما یادآوری کند که در روند ترک سیگار می‌باشید. همانطوری که بدنبال فندک و سیگار گشتن برای شما بصورت عادت در آمده است، خواندن این لیست را نیز بصورت عادت در آورید. دلایل خود را تا آنجا که می‌توانید بصورت مجاب کننده‌تر بنویسید. بعنوان مثال نام فرزندان خود را بنویسید و یا اینکه اگر هزینه خرید سیگار را پس انداز می‌کنید، بنویسید یا آن می‌خواهید چکار کنید.

نگران نباشید اگر این مرحله عملاً موجب ترک سیگار در شما نگردد، ولی در عوض عادت سیگار کشیدن را در ضمیر ناخودآگاه شما سست می‌کند و شما را برای مراحل بعد آماده می‌سازد.

بهانه‌های شخصی

حال که شما دلایل شخصی خود را در باب ترک کردن سیگار می‌دانید، وقت آن است که به مسئله‌ای که انگیزه‌های ترک سیگار را در بسیاری از افراد سیگاری کم‌رنگ می‌سازد بپردازیم و آن عبارت از بهانه‌جویی‌های شخصی است. هر فرد سیگاری بنحوی از بهانه‌های شخصی خود برای ترک نکردن سیگار استفاده کرده است. بهانه‌جویی، یعنی زمانیکه نکشیدن سیگار برایتان قابل تحمل نیست، وسوسه می‌شوید که دوباره به نیکوتین و سیگار باز گردید. اگر شما از نوع بهانه‌های خود، آگاهی داشته باشید، این قدرت را خواهید داشت تا عذر و بهانه‌ها را با جملاتی که برای سلامتی تان مفید باشد عوض کنید. پیغام‌های مثبت بنحو شگفت‌انگیزی انگیزه‌های شما را تقویت می‌کند. سعی کنید که پیغام‌های مثبت خود را جایگزین آن سازید.

چند نمونه از این عذر و بهانه‌ها را تا بحال استفاده کرده‌اید؟ بهانه‌جویی: این زمان مناسبی برای ترک سیگار نیست زیرا در حال حاضر زندگی من پر از استرس می‌باشد. پیغام جانشین: در زندگی من همیشه استرس وجود خواهد

داشت. این فرصت خوبی خواهد بود تا یاد بگیریم زمانیکه استرس را تجربه می‌کنیم چگونه از سالمترین راه از عهده مشکلات زندگی ب‌آیم.

بهانه‌جویی: ترک کردن سیگار ارزش این همه رنج ندارد. پیغام جانشین: تنها بمدت یک هفته ممکن است که دچار ناراحتی شوم، پس از آن بدن من شروع به بهبود می‌کند. ترک کردن سیگار ریسک ابتلا به بیماری‌های مربوط به سیگار و در نتیجه تحمل رنج‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد.

بهانه‌جویی: من جوانتر از آن هستم که سیگار آسیبی به بدن من برساند. ظرف چند سال آینده آنرا ترک می‌کنم. پیغام جانشین: ممکن است که بدن من از نظر فیزیکی آسیبی نبیند ولی با هر سیگار هزاران عامل سرطان‌زا به سیستم گردش خون خود وارد می‌سازم و بدن خود را برای مشکلات فیزیکی در آینده آماده می‌سازم.

بهانه‌جویی: اگر سیگار را ترک کنم دچار اضافه وزن می‌گردم. پیغام جانشین: تغییر در وزن بین ۳ تا ۷ پوند معمولاً بعد از ترک سیگار روی می‌دهد، می‌توانم این اضافه وزن را از طریق ورزش یا تغذیه سالم کنترل کنم. ترک سیگار بهترین کار برای رسیدن به سلامتی و ظاهر آراسته است.

بهانه‌جویی: برای من بسیار دیر است که سیگار را ترک کنم، زیرا آسیب‌های زیادی به من وارد کرده است. پیغام جانشین: هرگز برای ترک سیگار دیر نیست. بمحض ترک سیگار بدن شروع به بازسازی می‌کند. دستگاه تنفس من بهبود می‌یابد. کمتر سرفه می‌کنم حواس بویایی و چشایی من به وضع عادی باز می‌گردد و خطر ابتلا به بیماری‌های آتی کاهش می‌یابد.

بهانه‌جویی: بارها سعی کردم که سیگار را ترک کنم ولی هر بار شکست خوردم.

پیغام جانشین: اغلب سیگاری‌ها قبل از ترک واقعی سیگار بارها برای ترک آن کوشش کرده‌اند. من در هر کوشش دریافتم چه وضعیت‌هایی باعث بازگشت من به سیگار می‌شود. در نتیجه آگاهی بیشتری از رفتارم در کوشش‌های بعدی خواهم داشت.

بهانه‌جویی: من برای آرامش اعصاب به سیگار احتیاج خواهم داشت.

پیغام جانشین: نیکوتین یک محرک اعصاب است. من

می‌توانم از راه‌های دیگری تمدد اعصاب کنم، بعنوان مثال می‌توانم از ورزش، مدیتیشن و یا پیاده‌روی استفاده کنم.

بهانه‌جویی: من سیگار می‌کشم چون در فعالیتهای اجتماعی به من آرامش می‌بخشد.

پیغام جانشین: می‌توانم از راه‌های دیگری برای رسیدن به آرامش در زندگی اجتماعی‌ام استفاده نمایم، بعنوان مثال اگر عادت کرده‌ام که سیگار را در میان انگشتانم بگیرم، می‌توانم جای آنرا با کلید یا چیز دیگری عوض کنم.

بهانه‌جویی: در حال حاضر نمی‌توانم سیگار را ترک کنم، چون موجب کج خلقی من در خانه و در محل کار می‌شود. پیغام جانشین: این عصبانیت کوتاه مدت است. غالباً مردم دچار کج خلقی و عصبانیت می‌گردند ولی به سیگار روی نمی‌آورند. در صورت بروز عصبانیت، من به حمایت همکارانم برای ترک سیگار حساب می‌کنم.

بهانه‌جویی: واقعا ثابت نشده که سیگار عامل بروز سرطان است. پیغام جانشین: این صحیح نیست، سیگار عامل عمده بروز سرطان است.

بهانه‌جویی: من بیش از آن از سیگار کشیدن لذت می‌برم که بخواهم آنرا ترک کنم.

پیغام جانشین: نتیجه لذت بردن موقت از سیگار کشیدن این است که در دراز مدت من را به موقعیت‌های بیماری و ناراحتی نزدیک و نزدیکتر می‌سازد.

موارد فوق را مرور نموده و مثال‌هایی را که با شرایط شما بیشتر هماهنگ است به آن اضافه کنید.

پیغام‌های جانشین آن را هر چه دقیقتر و متقاعد کننده‌تر بنویسید. بخاطر داشته باشید که پرداختن به این بهانه‌ها فقط توانایی و انگیزه شما را در ترک سیگار ضعیف می‌سازد.

خودباوری

وقتی صحبت از ترک سیگار می‌شود، بسیاری بر این باور اشتباه هستند که تنها اعمال اراده و داشتن انگیزه می‌تواند موجب ترک سیگار گردد. چند بار شما بخودتان جمله‌ای شبیه این را گفته‌اید؟ "من فقط باید قوی باشم تا بتوانم تمایلم به سیگار را مهار کنم." اشکال در این جاست که بسیاری از افراد سیگاری تنها بعد از مدت کوتاهی که از ترک سیگار می‌گذرد، دوباره به آن باز می‌گردند.

انامه دارد.....



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

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

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟	الف- تمام محتوا را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	ب- بر حسب نیاز به آن مراجعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	ج- بطور اتفاقی آن را مطالعه می‌کنم <input type="checkbox"/>	د- به هیچ وجه از آن استفاده نمی‌کنم <input type="checkbox"/>	
۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟	الف- پژوهشی علمی <input type="checkbox"/>	ب- پژوهشی موردی <input type="checkbox"/>	ج- مطالعه عمومی <input type="checkbox"/>	د- مطالعه تخصصی <input type="checkbox"/>	
۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	الف- خیلی زیاد <input type="checkbox"/>	ب- زیاد <input type="checkbox"/>	ج- کافی <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- خیلی کم <input type="checkbox"/>
۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟	الف- عالی <input type="checkbox"/>	ب- خوب <input type="checkbox"/>	ج- مناسب <input type="checkbox"/>	د- کم <input type="checkbox"/>	ه- بسیار کم <input type="checkbox"/>
۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟	الف- بسیار تخصصی <input type="checkbox"/>	ب- تخصصی <input type="checkbox"/>	ج- معمولی <input type="checkbox"/>	د- 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:

