



گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

مقدمه

زیر عنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۲۸ سال و خرده‌ای از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، توفقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که هم‌چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین پا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانده که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم پی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت. به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم ولی ما قطعاتی از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

* * *

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره مرداد ماه ۱۳۷۷ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - دارو، مشکلات و راه‌کارهای برطرف شدن آن / دکتر فریدون سیامک‌نژاد
- ۳ - روان‌پزشکی‌ها / دکتر محمود بهزاد
- ۴ - نقش داروسازان در سازمان بهداشت جهانی / دکتر علی‌رضا فرمانیان
- ۵ - مبارزه با دختانیات / دکتر سیدحسام‌الدین تفرشی



فهرست مقالات مرداد ماه ۱۳۷۷

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
دارو، مشکلات و راه کارهای برطرف شدن آن / دکتر فریدون سیامک‌نژاد	۳
فارماکوترپی گلوکوم (بازآموزی) / دکتر مرتضی ثمینی	۴
انتخاب بالینی در آلرژی‌های چشمی / دکتر مجتبی سرکندی	
دارودرمانی در عفونت‌های راه تنفسی فوقانی / دکتر عباس پوستی	
قطره چشمی کلرامفنیکل و خطر وقوع آنمی آپلاستیک / دکتر فرشاد روشن‌ضمیر	
کنتراسپتیوهای آینده / هما ارومچی	
گزیده گزارش‌های مرکز اطلاعات دارویی سموم / وزارت بهداشت	
روان‌پیش‌ها / دکتر محمود بهزاد	۱۰
نقش داروسازان در سازمان بهداشت جهانی / دکتر علی‌رضا فرمانیان	
مبارزه با دخانیات / دکتر سیدحسام‌الدین تفرشی	
رازی و خوانندگان	
سؤالات مربوط به بازآموزی	
فرصت‌های شغلی و ...	



سرمقاله



دارو،

مشکلات و راه کارهای بر طرف شدن آن



کالای حیاتی، رابطه مستقیمی با آرامش و امنیت جامعه دارد. از سویی سلامتی و امنیت دو نعمتی هستند که وجود آن‌ها در جوامع مختلف، پویایی، سر زندگی، شادابی، تحرک، نوآوری و ... را در آن جوامع به دنبال داشته و خدشه دار شدن هر یک از آن‌ها، چرخ‌های حرکتی جوامع را به سوی آینده‌ای روشن و سربلند، به کندی و گاهی توقف

نگاهی گذرا به سیستم‌های دارو درمانی جهان و جایگاه دارو در این سیستم‌ها، بازگوکننده این نکته است که دارو کالایی استراتژیک بوده و به واسطه این که رابطه مستقیمی با سلامتی مردم دارد، از اهمیت بالایی در جامعه برخوردار است. بنابراین، اطمینان مردم از وجود داریم و همیشگی دارو و امکان دسترسی آن‌ها به این



توسط وزارت بهداشت به شرکت‌های دارویی داده می‌شود و در این راه تمامی کنترل‌های لازم از سوی مسؤولان اعمال می‌شود. بنابراین، باید قیمت‌گذاری دارو نیز طبق تبصره ۳ بند ۴ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی، مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۴۳/۳/۱۹ و اصلاحات مصوب ۱۳۶۷/۱/۲۳ مجلس شورای اسلامی و توسط کمیسیون قیمت‌گذاری تعیین شده در این قانون صورت گیرد. وجود ارگان‌های دیگر تصمیم‌گیر در مورد قیمت کالاها که گاهی قیمت‌گذاری دارو را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، روند قیمت‌گذاری دارو را با مشکل‌های جدی روبه‌رو خواهد ساخت که قطعاً تدارک به موقع و به‌اندازه این کالای حیاتی را دچار وقفه می‌سازد. البته، تفویض اختیار شورای اقتصاد به کمیسیونی پنج نفره متشکل از وزارت‌خانه‌های بهداشت، بازرگانی، صنایع، اقتصاد و دارایی و برنامه و بودجه، مشکل قیمت‌گذاری دارو را تا حدود زیادی برطرف ساخته است.

ب - بیمه‌ها: با توجه به این که در حال حاضر، نیمی از داروی مصرفی بیماران به وسیله دفترچه‌های بیمه در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد، هرگونه خللی در نقدینگی بیمه‌ها چرخه اقتصادی دارو (داروخانه، شرکت‌های توزیعی و تولیدی) را مختل ساخته و روند صحیح تدارک دارو را به مخاطره می‌اندازد.

ج - یارانه دارو: پرداخت یارانه دارو در حال حاضر به‌صورت سه ماهه از سوی سازمان برنامه

وامی دارد. این نکته را نیز یادآور شوم که سلامتی و امنیت در واقع دو روی یک سکه هستند که کمبود یا نبود هر یک بر دیگری تأثیر گذاشته و در نتیجه، جامعه را با بحران مواجه خواهد ساخت. بنابراین، تهیه و تدارک به موقع و به‌اندازه دارو به‌عنوان پایه اصلی سلامتی جامعه، اگر نگوئیم اولویت اول نظام، که باید اولویتی بعد از غذا و قوت مردم داشته باشد. با این مقدمه، تصویری از مشکل‌های قطعی دارو و راه‌کارهای برطرف شدن آن یادآوری می‌شود.

۱ - مشکل‌های ارزی

طبق مقررات بانک مرکزی، ارز دارو مانند سایر کالاها به‌صورت یک دوازدهم تخصیص داده می‌شود که این مسأله همه ساله در ماه‌های پایانی سال یعنی بهمن و اسفند دست‌اندرکاران دارویی وزارت بهداشت را در هاله‌ای از ابهام و نگرانی فرو می‌برد. بنابراین، برای برطرف شدن این مشکل باید ترتیبی اتخاذ شود که ارز دارو تا پایان آذر ماه هر سال (۹ ماهه به جای ۱۲ ماهه) تخصیص داده شود تا در سه ماهه پایانی سال، شرکت‌های دارویی وقت کافی برای گشایش اعتبارهای دارو داشته باشند. انجام این مسأله، آرامش خاطر مسؤولان دارویی کشور را به منظور تدارک کافی دارو در سال بعد به‌دنبال خواهد داشت.

۲ - اقتصاد دارو

الف - قیمت‌گذاری: با توجه به این که ارز دارو



داروسازی کم است. بنابراین، افزایش این سقف باعث بهبود اقتصاد کارخانه‌های داروسازی شده و از این طریق، روند تولید در جهت تهیه و تدارک دارو با تناسب بیشتری به پیش خواهد رفت.

۳- مشکل‌های بیرون سازمانی

دارو نیز مانند سایر کالاهای مشمول ارز شناور دارای مکانیسم‌های کنترلی است. بنابراین، ارگان‌هایی همچون بانک مرکزی، سازمان حمایت، گمرک، وزارت بازرگانی، سازمان برنامه و بودجه، شورای عالی اقتصاد و ... بر روند صحیح تهیه و تدارک دارو تأثیر می‌گذارند. بنابراین، دارو باید به عنوان کالای استراتژیک از سایر کالاها مستثنی شده و وزارت بهداشت متولی تمام کارهای آن باشد. البته، برای جلوگیری از بی‌نظمی، بهتر است که ارگان‌های مذکور تنها در مورد دارو، اختیارات خود را به وزیر بهداشت تفویض نمایند.

۴- قاچاق دارو

یکی از مسائلی که همیشه سیستم دارویی را با مشکل مواجه ساخته است، قاچاق دارو است. علت اصلی قاچاق دارو که عمدتاً به کشورهای همجوار صورت می‌گیرد، ارزان بودن آن در مقایسه با قیمت آن در این کشورها است. بنابراین، واقعی شدن قیمت دارو در ایران می‌تواند تا حدود زیادی از قاچاق این کالای حیاتی جلوگیری کرده و این مشکل را برای همیشه برطرف نماید.

و بودجه تخصیص می‌یابد. این مسأله باعث می‌شود که دسترسی شرکت‌های دارویی به یارانه دارو به موقع صورت نگیرد که خود باعث کند شدن چرخه اقتصادی دارو می‌شود. بنابراین، حذف کامل یارانه دارو یا به حداقل رساندن آن که تنها تعداد محدودی از داروهای مربوط به بیماری‌های خاص را در بر گیرد، هم باعث می‌شود که اقتصاد دارو از تکیه دائمی به کمک‌های دولت رها شود و هم می‌توان یارانه حذف شده را به بیمه‌ها اختصاص داد تا از این طریق کمکی به نقدینگی آن‌ها شده و با پرداخت بدهی خود به سیستم دارویی، بسیاری از مشکل‌ها را برطرف سازند.

د - نقدینگی کارخانه‌های داروسازی: در حال حاضر، سقف تسهیلات بانکی برای کارخانه‌های





۵ - مصرف بی‌رویه دارو

منطقی شدن مصرف دارو در کشور می‌تواند بار مالی دولت را در این زمینه کاهش دهد. بنابراین، نحوه صحیح نسخه‌نویسی، کنترل نسخه‌ها، تبلیغات گسترده فرهنگی، آموزش کادرهای درمانی به منظور استفاده درست و منطقی از دارو، بالا بردن آگاهی مردم نسبت به چگونگی مصرف دارو و ... می‌تواند در این راه کارگشا باشد.

با توجه به مطالب گفته شده، چنانچه مشکل‌های مذکور برطرف شوند، نه تنها تهیه و تدارک دارو روندی منطقی و صحیح داشته و دیگر شاهد سرگردانی مردم برای تهیه داروی دردشان نخواهیم بود، بلکه از این طریق به پیشبرد برنامه‌های دولت جمهوری اسلامی نیز کمک نموده و امنیت اجتماعی را تضمین خواهیم کرد.

دکتر فریدون سیامک‌نژاد



■ تفاوت‌های افراد آدمی

افراد آدمی از نظر تأثیرپذیری با هم تفاوت دارند. معدودی در هر جمعیتی به سرعت و عده کثیری به‌طور متوسط تربیت‌پذیر هستند. اقلیتی نیز وجود دارند که اساساً تربیت‌پذیر نیستند و وجدان اخلاقی در آن‌ها به‌وجود نمی‌آید یا به صورت ناقص یافت می‌شود.

افراد آدمی نه تنها از نظر تربیت‌پذیری متفاوت هستند بلکه، از نظر هوش و سایر استعدادهای عقلی و عملی نیز یکسان نیستند. عادت‌پذیری هم در افراد آدمی متفاوت است.

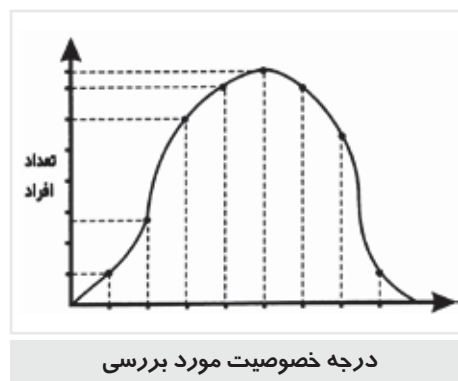
پسیکوپات‌ها افرادی هستند مبتلا به اختلال شخصیت که عموماً رفتاری ضداجتماعی دارند، نمی‌توانند خود را با نیازهای اجتماع سازگار کنند، رفتارشان همواره معارض مقررات و ضوابط اجتماعی است، از برخورد قانونی با افراد و گروه‌ها ناتوانند، گرچه هوش متعارف دارند، تفاوت‌شان با دیگر افراد جامعه این است که استعداد ارشی تربیت‌پذیری در آن‌ها کم یا هیچ است یا در محیطی نامناسب بار آمده‌اند؛ در نتیجه، فاقد توان سازگار کردن خود با اجتماع هستند و از کنترل رفتار خود عاجز هستند.



انتها قرار دارند که اولی در مورد وزن و قد کم وزن و کوتاه‌تر هستند و در مورد دارو چندان تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند و در دومی در مورد وزن و قد پُر وزن و بلند قامت هستند و در مورد دارو بسیار حساس هستند: مثلاً اقلیتی در جمعیت هر نقطه از جهان نسبت به آسیب‌رین به قدری حساس هستند که با مصرف کمترین مقدار آن دچار عوارضی ناراحت‌کننده چون درد معده می‌شوند و اقلیتی که مقادیر زیاد آسیب‌رین هم در آن‌ها اثر چنانی ندارد.

■ آموختن و اهمیت آن

رفتارهایی که حاصل تجربه آدمی هستند به رفتارهای آموخته موسوم هستند. مثلاً اگر دست کودکی به بخاری داغی بخورد و بسوزد، او می‌آموزد که به بخاری روشن دست نزند. هنگامی که آدمی با لغات یک زبان و سر هم کردن آن‌ها برای بیان مقصود آشنا می‌شود، آن زبان را آموخته است. وقتی آگاه می‌شود دیگران چگونه لباس می‌پوشند و



در هر کلاس درس، از دبستان گرفته تا دانشگاه، شاگردانی با استعدادهای متفاوت وجود دارند و بهره هوشی آن‌ها، طبق استانداردهای جهانی، عمدتاً در اطراف میانگین است اما معدودی از میانگین بیشتر و معدودی نیز کمتر هستند.

اگر توزیع نسبی هر خصوصیت را در افراد آدمی مورد بررسی قرار دهیم، از هوش و استعداد عقلی و عملی و عادت‌پذیری و درجه اثر عوامل محیط گرفته تا اثر عوامل بیماری‌زا و نیز داروها در درمان بیماری‌ها، با منحنی Gauss روشن می‌شود. منحنی گاوس (ریاضیدان آلمانی) بدین روش به‌دست می‌آید که درجات یک خصوصیت را روی یکی از دو محور مختصات و تعداد افراد دارای آن خصوصیت را روی محور دیگر ثبت می‌کنند. از مجموع آن دو، منحنی‌ای به‌وجود می‌آید که همواره نمایانگر تعداد نسبی افراد دارای درجات مختلف آن خصوصیت است.

چنان که از این منحنی بر می‌آید، همواره اقلیتی دارای کمترین خصوصیت مورد بررسی و اقلیتی دارای بیشترین آن خصوصیت است ولی اکثریت افراد گروه مورد بررسی بین این دو اقلیت قرار دارند و هرچه به متوسط نزدیک‌تر می‌شویم، تعداد افراد بیشتر می‌گردد.

اگر وزن زنان و مردانی را که سن معینی دارند، یا قد آن‌ها را اندازه بگیریم یا درجه تأثیر یک دارو را در آنان بررسی کنیم، همواره منحنی‌ای به‌دست می‌آید که نشان می‌دهد بیشتر افراد مورد آزمایش میانگین آن خصوصیت را دارند و دو اقلیت در دو



سگ هنگام آزمایش هیچ‌کس را نبیند و صدایی نشنود. پاولف مشاهده کرد که وقتی به سگ گرسنه گوشت نشان داده می‌شد بزاق دهان او تراوش می‌کرد. گوشت را محرک عادی و بزاق را پاسخ عادی می‌نامند. پس از آن چند بار پاولف گوشت را به سگ نشان داد و هم‌زمان با آن زنگی را نیز به صدا در آورد. پس از تکرار این کار، در نتیجه، همراه شدن دو محرک (گوشت و زنگ)، هر وقت سگ صدای زنگ می‌شنید، بزاق ترشح می‌کرد و تعداد قطره‌های بزاق در هر دو مورد برابر بود. زنگ که محرک غیرعادی است (محرک شرطی) باعث پاسخ عادی (ترشح بزاق) شد، به سخن دیگر سگ آموخت صدای زنگ را به جای گوشت بپذیرد. اصطلاحی که پاولف به کار برد «انعکاس شرطی» است که به شرطی شدن محرک پاسخ وابسته است. آزمایش‌های پاولف در زمینه‌های گوناگون گسترش یافت و همکاران او این نوع آزمایش را به صدها صورت مختلف تکرار کردند و توانستند صدا و نور و محرک‌های لمسی را محرک شرطی کنند. از خصوصیات انعکاس شرطی این است که با عدم تکرار فراموش می‌شود و با تکرار استوارتر می‌گردد.

دانشمند روسی دیگری به نام بکتریف تغییراتی در روش پاولف داد و آن این بود که پاسخ شرطی حیوان را به جای ترشح بزاق، بلند کردن یک پا، که کنشی حرکتی است، قرار داد. بکتریف سیم‌های هادی برق را به یک پای بزی وصل کرد. ابتدا زنگی را به صدا درآورد و پاسخی در بز مشاهده نکرد.

خوراک می‌خورند و در مواقع گوناگون چه رفتارهایی دارند سنت را آموخته است.

اهمیت آموختن را در انسان وقتی می‌توان درک کرد که فرض کنیم دارویی وجود داشته باشد که چون به انسان تزریق شود آن چه را که آموخته است فراموش کند. چنین فردی هر چند آدمی بالغ، مثلاً سی ساله باشد، به مرحله نوزادی باز خواهد گشت و همان قدر در حفظ جان خود و ادامه آن به تنهایی ناتوان خواهد بود که یک کودک شیرخواره. چنین فردی از پاکی و ناپاکی تصویری نخواهد داشت، زیرا این تصورات اکتسابی هستند. پدر و مادر خود را نخواهد شناخت و به کسی محبت نخواهد کرد، زیرا محبت اکتسابی و آموختنی است و بر اثر مجاورت و انس پدید می‌آید. سخن گفتن نخواهد توانست زیرا عملی اکتسابی است. کمترین اثری از وجدان اخلاقی و تمیز خوب و بد و زشت و زیبا را در او نخواهیم دید زیرا این‌ها همه آموختنی است.

■ انعکاس شرطی و آموختن

پاولف، دانشمند روسی، نخستین کسی بود که متوجه مسأله تفاوت موجود در درجه آموزش‌پذیری سگ‌های آزمایشی خود شد. اصل آزمایش پاولف بسیار ساده است. مختصر آن این است که وی سگی را عادت داد که در قفسی در آزمایشگاه او بی‌حرکت بایستد. با عمل جراحی بی‌دردی گونه سگ را سوراخ کرد و لوله‌ای از آن گذرانید تا بتواند بزاق دهان سگ را در ظرفی جمع کند و اندازه بگیرد. آزمایشگاه را طوری مرتب کرد که



از مدتی (۳۰ بار تمرین) می‌آموختند و در معدودی نیز قدرت اکتساب بسیار کم یا هیچ بود. می‌توان گفت که آموخته‌ها عمدتاً شامل پاسخ‌های مشروط هستند. مثلاً در موقع ماشین‌نویسی، شخص ابتدا به یک یک دکمه‌های ماشین تحریر نگاه می‌کند و سپس تدریجاً بعضی از حرکات خودکار انگشتان را جانشین نگاه کردن دکمه معینی می‌نماید. با این روش اندیشه حرف «ک» با حرکت انگشت کوچک دست راست متحد می‌شود و اندیشه «این» باعث می‌شود که انگشت سبابه دست راست و انگشت میانی دست چپ و انگشت میانی دست راست به ترتیب دکمه‌های معینی را فشار دهند. پاسخ‌هایی که به‌وجود می‌آیند خودآگاه نیستند. حاصل آن که یک ماشین‌نویس درجه یک، برای آن که بتواند، دکمه حرف معینی را پیدا کند باید کار ماشین زدن را متوقف کند و فکر کند تا آن را بیابد. اگر از یک ماشین‌نویس درجه یک بپرسند مثلاً حرف «ف» در کجای ماشین تحریر است (اگر به دکمه‌ها نگاه نکنند) تنها راه پاسخ دادن درست این است که انگشتانش را در هوا حرکت دهد و انگشتی که «ف» را می‌زند نشان کند. واقع امر این است که انگشتان ماشین‌نویس دکمه‌ها را می‌شناسد و خودآگاهی او با دکمه‌ها آشنایی ندارد. همین اصل در مورد آموختن کارهای پیچیده مثل خواندن یا نوشتن یا یولون زدن به کار می‌رود و بیشتر اعمالی را که در شبانه روز به‌طور خودکار انجام می‌دهیم از طریق انعکاس شرطی آموخته شده‌اند.

بعد زنگ را به صدا درآورد و هم‌زمان با آن جریان برق را به پای بز وصل کرد. بز پای خود را بلند کرد و جریان قطع شد. پس از چند بار تمرین و همراه کردن جریان برق با صدای زنگ بز آموخت با شنیدن صدای زنگ پای خود را بلند کند.

واتسن، روان‌شناس آمریکایی، با آزمایش‌هایش نشان داد که ترس‌های ما غالباً با مکانیسم انعکاس شرطی به‌وجود می‌آیند. او به کودک ۱۱ ماهه که فقط از صدای بلند و افتادن می‌ترسید (ترس غریزی) موش سفیدی را نشان داد و به او نزدیک کرد. کودک به موش علاقه‌مند شد. چند روز بعد که به همان ترتیب موش را به کودک نشان داد، در لحظه‌ای که کودک برای گرفتن حیوان دست پیش برد واتسن چکشی را به زنگی زد و صدای بلندی از آن به‌وجود آورد. کودک از صدا ترسید و از جا پرید و گریه سر داد. دو روز دیگر واتسن این عمل را تکرار کرد، کودک از دیدن موش ترسید و گریه می‌کرد (ترس آموخته).

ترس غریزی در همه وجود دارد ولی افراد مختلف در زندگی کودکی و بعد از آن، از طریق مکانیسم انعکاس شرطی، ترسیدن از چیزهای مختلف را می‌آموزند.

انعکاس شرطی به ابزاری قوی در روان‌شناسی تبدیل شد و به روان‌شناسان امکان داد قدرت آموختن، قدرت رویت، تمیز رنگ‌ها و مانند آن‌ها را در حیوانات تحقیق کنند. جالب این است که از سگ‌های مورد آزمایش پاولف معدودی بسیار سریع می‌آموختند (مثلاً پس از ۱۰ بار تمرین) و اکثراً پس



■ اهمیت تربیت

بر کسی پوشیده نیست که آدمی حیوانی است اجتماعی، یعنی با دیگران زندگی می‌کند. بنابراین، باید همواره متوجه خیر و شر اندیشه و اعمالش برای جامعه‌ای باشد که در آن زندگی می‌کند. به سخن دیگر باید خوی انسانی داشته باشد، توجه به خیر و شر و انجام کارهای خیر و پرهیز از اعمالی که به زیان دیگران است همان حس اخلاقی است. برای فردی که در جزیره‌ای دورافتاده در اقیانوسی به تنهایی روزگار می‌گذراند خیر و شر مفهومی ندارد. بنابراین، جنبه اجتماعی خوی انسانی است که اهمیت دارد.

نخستین و مهم‌ترین وظیفه تربیت (پرورش) آن است که در کودکان خوی انسانی ایجاد کند. مادر که نخستین مربی است این کار را آغاز می‌کند و مدرسه و اجتماع آن را ادامه می‌دهند.

مادر و مدرسه و اجتماع در تربیت خوی انسانی کودک همکاری دارند ولی گاهی یکی یا هر سه از انجام این وظیفه مهم کوتاهی می‌کنند. در نتیجه، افرادی به‌وجود می‌آیند که برای اجتماع و افرادش به منزله میکروب‌های بیماری‌زا هستند و نظم اجتماعی را بر هم می‌زنند و به آزادی انسان‌ها لطمه وارد می‌کنند. جامعه ناگزیر می‌شود خود را از شر آنان برهاند و با آنان بجنگد و در بندشان کند و گاهی از بین ببرد.

هرچند آموختن علوم و فنون به افراد برای رفع نیازمندی‌های اجتماعی از تکالیف اساسی هر اجتماع متمدن است ولی مهم‌تر از آن این است

که در افراد خوی آدمی به‌وجود آورد و از مواد خامی که همان کودکان هستند، افرادی بسازند که کردار آدمی داشته باشند. واقع امر این است که علم و معرفت در مقایسه با سنجایا و صفاتی که خوی آدمی را می‌سازند سرمایه حقیر و ناچیز و گاهی حربه‌ای خطرناک هستند، زیرا «چو دزدی با چراغ آید - گزیده‌تر برد کالا».

باید علم به خوب و بد را از عمل به خوب و بد تشخیص داد. بسا افراد مجرم و تبه‌کار به خوبی می‌دانند آن چه می‌کنند برخلاف اخلاق و قوانین است با این همه بی‌دغدغه خاطر بدان عمل می‌کنند زیرا سائقه درونی نیکی کردن در آن‌ها نیست تا آن‌ها را به سوی نیکی بکشد و از بدی بگریزند. سؤالی که در این‌جا مطرح است این است که اگر بدکاران از بدی کار خود آگاهی دارند چرا می‌کنند؟ واقع امر این است که دانش خوی را تغییر نمی‌دهد بلکه، آن چه خوی را عوض می‌کند عمل کردن و تکرار اعمال و آموختن از طریق انعکاس شرطی است که به شخص عادت می‌دهد اعمالی را انجام دهد که دانش به ما می‌آموزد.

کودک در زیر فشار غرایز حیوانی خود عملی انجام می‌دهد. مادر بلافاصله او را نتیجه می‌کند. تنبیه ممکن است بدنی یا خجالت دادن یا محروم کردن از محبت یا خوراک و مانند آن‌ها باشد. کودک در نتیجه تنبیه شدن حس می‌کند که درد و رنج ارتکاب عمل غریزی بیش از لذتی است که از آن می‌برد، پس می‌آموزد که غرایز خود را مهار کند. بدین ترتیب است که ایجاد خوی نیک در او



آغاز می‌شود.

چنان که اشاره شد افراد آدمی از نظر تأثیرپذیری با هم تفاوت دارند. بعضی به سرعت تربیت‌پذیر هستند، عده کثیری به‌طور متوسط و محدودی نیز هستند که وجدان اخلاقی در آنان به‌وجود نمی‌آید یا به‌صورت ناقص یافت می‌شود.

کسانی که به سبب کم یا هیچ بودن استعداد ارثی تربیت‌پذیری یا بارآمدن در محیطی نامناسب پیدایش وجدان اخلاقی در آن‌ها دچار وقفه شده است در اصطلاح علمی پسیکوپات نامیده می‌شوند.

■ خصوصیات پسیکوپات‌ها

پسیکوپات‌ها بیماران روانی نیستند و تلاش روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در درمان آن‌ها بی‌نتیجه مانده است. امروزه معلوم شده است که پسیکوپاتی یک مسأله اجتماعی است نه پزشکی. این گروه افراد مبتلا به اختلال شخصیت و فاقد بخشی یا همه وجدان اخلاقی نیاز به دلسوزی و هم‌دردی جامعه و یافتن چاره‌هایی دارند که باید شالوده پزشکی داشته باشند. متأسفانه، تاکنون پیشرفتی در این زمینه حاصل نشده است. از خصوصیات چشم‌گیر پسیکوپات‌ها می‌توان این‌ها را نام برد:

* حقی برای کسی جز خود قایل نیستند.

* خودخواه و خودپسند می‌باشند.

* به صداقت کلاً بی‌اعتنا هستند.

* توان تحمل محرومیت را ندارند.

* هیچ‌گاه احساس گناه نمی‌کنند.

* از تجربه یا تنبیه پند نمی‌گیرند.

* برای رفتار نادرست خود دیگران را مقصر معرفی می‌کنند.

* مستعد ارتکاب جنایت هستند.

پسیکوپات‌ها در هر جمعیت، گروه، صنف یا جامعه‌ای اقلیتی را تشکیل می‌دهند. درصد این اقلیت در روستاها به نسبت کمتر و در شهرهای کوچک اندکی بیشتر است و هرچه به شهرهای بزرگ‌تر و کلان‌شهرها می‌رسیم، به سبب شلوغی و کمبود وسایل تربیت و دشواری‌های برقراری نظم و امنیت و بیگانگی‌ای که عموماً حکم‌فرما است، فزون‌تر است.

پسیکوپات‌ها در همه حرفه‌ها و صنف‌ها و انجمن‌ها و اتحادیه‌ها و شرکت‌ها و دستگاه‌های دولتی وجود دارند. همین اقلیت پسیکوپات است که به مصداق:

چو از قومی یکی بی‌دانشی کرد

نه که را منزلت ماند نه مه را

این‌ها بدنامی دیگر افراد هم گروه خود را باعث می‌شوند.

از سوی دیگر، در هر صنف و گروه و جمعیتی اقلیتی دیگر نیز وجود دارد که درصد آن‌ها، برخلاف درصد پسیکوپات‌ها، در روستاها بیشتر و در شهرهای کوچک اندکی کمتر است و هرچه به شهرهای بزرگ و کلان‌شهرها می‌رسیم کمتر و کمتر می‌شود. اینان به سبب داشتن عطیه ارثی تأثیرپذیری سریع از تربیت درست یا قرار داشتن در محیط مناسب صاحب وجدان اخلاقی قوی



اگر تعداد نسبی پسیکوپات‌ها را ۱۰ درصد جمعیت و تعداد نسبی افراد دارای وجدان اخلاقی قوی را نیز ۱۰ درصد فرض کنیم، ۸۰ درصد باقی می‌مانند که جزء هیچ یک از آن دو گروه نیستند. در هر جامعه‌ای که ضوابط و مقررات اجتماعی به درستی اجرا می‌شوند و خطا کارها از هر طبقه و در هر مقامی هستند، به میز محاکمه کشیده و تنبیه می‌گردند، پسیکوپات‌ها عموماً در زندان‌ها به سر می‌برند و اگر معدودی از آن‌ها در جامعه فعالیت دارند با تمهیدات خاص خود مدتی کمابیش دراز، از چنگ قانون می‌گریزند ولی عموماً سرانجام گرفتار می‌آیند. در چنین جامعه‌ای ۸۰ درصد باقی‌مانده از ترس قانون و اجرای ضوابط اجتماعی مجبور به رعایت مقررات می‌گردند و این رعایت براساس مکانیسم انعکاس شرطی، پس از مدتی جزء خوی آن‌ها می‌شود. در نتیجه، ۹۰ درصد مردم رفتارهای اجتماعی مناسب کسب می‌کنند و جامعه‌ای به‌وجود می‌آید که همگان در ایمنی فردی و اجتماعی روزگار می‌گذرانند.

اما اگر در جامعه‌ای روابط میان افراد مانع اجرای ضوابط و مقررات گردد اولاً پسیکوپات‌ها آزادی عمل بیشتری پیدا می‌کنند و ثانیاً آن ۸۰ درصد که جزء هیچ یک از دو گروه نیستند، از مشاهده بی‌عدالتی‌ها، پارتی‌بازی‌ها، حق‌کشی‌ها، که علناً به‌دست پسیکوپات‌ها صورت می‌گیرد، برای عقب نماندن و کسب امتیازات بیشتر، رفتار آن‌ها را الگو قرار می‌دهند و در صفوف آن‌ها وارد می‌شوند و رفته‌رفته چنان می‌شود که جامعه‌ای با ۹۰ درصد

می‌شوند. مفهوم زندگی اجتماعی را با تمام مزایا و محدودیت‌های الزامی‌اش درک می‌کنند و نه تنها به مقررات اجتماعی کردن می‌نهند بلکه همگان را به اطاعت از آن‌ها ترغیب می‌نمایند و در هیچ شرایط و اوضاع و احوالی از راه راست منحرف نمی‌شوند.

متأسفانه، گسترش هرچه بیشتر شهرنشینی و روی آوردن مردم روستاها و شهرهای کوچک برای سود بردن از مزایای فریبده شهرهای بزرگ و کلان‌شهرها، شلوغی و دشواری کنترل پسیکوپات‌ها و به‌خصوص فقر فزاینده اقتصادی، به مصداق:

افلاس عنان از کف تقوا بریاید

با گرسنگی قدرت پرهیز نماند

سبب شده است که نارسایی‌های چشم‌گیری در تربیت کودکان پیش‌آید، در نتیجه، از تعداد نسبی افراد دارای وجدان اخلاقی هرچه بیشتر کاسته گردد و در عوض بر تعداد افراد پسیکوپات و دارای رفتار پسیکوپات‌ها افزوده شود.

■ تأثیر پسیکوپات‌ها بر زندگی جوامع

قوانین مدنی و مجریان آن‌ها همواره در تلاش هستند دست پسیکوپات‌ها را از تجاوز به حقوق فردی و اجتماعی دیگران کوتاه کنند و نظم و رفاه اجتماعی را برقرار سازند. نیروهای انتظامی و دادگستری مأموران جلب پسیکوپات‌ها و محصور کردن آن‌ها در زندان‌ها هستند تا دیگر افراد اجتماع از دست آنان در امان باشند.



پسیکوپات و دنباله‌روهای آن‌ها به وجود می‌آید. گردانندگان امور مربوط به تولید و توزیع مواد مخدر - این بالای خانمان سوز اجتماعی - پسیکوپات هستند. مافیا کلاً از پسیکوپات مزدور تشکیل یافته است. درصد قابل توجهی از محتکران و گران فروشان، جزء ۸۰ درصد میانی هستند که به سبب وجود اوضاع نابسامان اجتماعی به گروه پسیکوپات‌ها پیوسته‌اند.

پیشگیری از گسترش فعالیت پسیکوپات‌ها و پیروی مردم دیگر از رفتار ضداجتماعی آن‌ها در شرایط و اوضاع کنونی حاکم بر جمعیت‌های جهان، اگر چه بسیار دشوار است ولی به دو وسیله انجام شدنی است:

۱- اجرای ضوابط و مقررات قانونی با قدرت تمام در مورد افراد و گروه‌ها در هر موقعیت و مقامی باشند تا حتی‌المقدور آزادی عمل از پسیکوپات‌ها سلب گردد و از ۸۰ درصد میانی کسی نتواند از آن‌ها پیروی کند.

۲- جلوگیری جدی از گسترش شهرهای پرجمعیت و ایجاد شهرهای کوچک تا یافتن افراد خاالی آسان‌تر و برقراری نظم و انضباط در همه امور دقیق‌تر انجام گیرد و ایمنی فردی و اجتماعی، که اساس بقای اجتماعات سالم است، هر چه بیشتر تأمین گردد.

نقش داروسازان در سازمان بهداشت جهانی

دکتر علیرضا فرمانیان
واحد علمی شرکت پخش هجرت



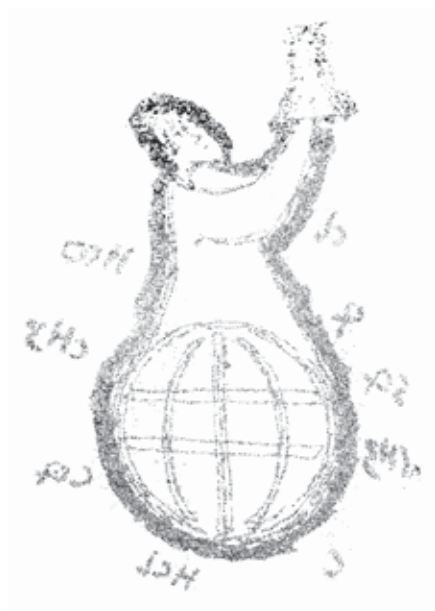
مانند کارشناسان طراحی و مدیریت تشکیل می‌دهند. نزدیک به ۱۵۰۰ نفر در گروه حرفه‌ای بین‌المللی و ۳۱۰۰ نفر در گروه خدمات عمومی به‌طور محلی به خدمت مشغول هستند. ۱۴۵۰ نفر از کارکنان WHO در اداره مرکزی واقع در سوییس (ژنو)، ۱۴۰۰ نفر در ۶ اداره منطقه‌ای و نزدیک به ۱۷۵۰ نفر دیگر نیز در ۱۹۰ پروژه کشوری به کار اشتغال دارند. اکنون ۱۸۱ کشور جهان در WHO عضویت دارند. این کشورها به شش منطقه تقسیم می‌شوند که عبارتند از: منطقه آمریکا، آفریقا، مدیترانه شرقی، اروپا، جنوب شرقی آسیا و غرب اقیانوس آرام که به‌ترتیب ادارات مرکزی آن‌ها در واشنگتن، برازاویل، اسکندریه، کپنهاگ،

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۱۹۴۸ تأسیس گردید. این سازمان، درست مانند دیگر آژانس‌های کارشناسی خانواده ملل متحد، در سال‌های اخیر به‌طور فزاینده‌ای فعالیت‌های خود را به برآوردن نیازهای کشورهای در حال توسعه معطوف کرده است و همان‌طور که از اساسنامه سازمان برمی‌آید، هدف آن «دسترسی کلیه افراد به بالاترین سطح ممکن بهداشت» می‌باشد.

در این سازمان حدود ۴۶۰۰ نفر از بیش از ۱۰۰ کشور جهان انجام وظیفه می‌نمایند. بیشترین تعداد این گروه را کارشناسان علوم پزشکی، پرستاران، مدیران بهداشت و همچنین شاغلان حرفه‌های دیگر



دارویی‌شان در زمینه‌هایی مانند انتخاب، تهیه، توزیع و استفاده از داروها، هم‌چنین آموزش و تهیه پیش‌نویس مقررات دارویی همکاری می‌کند. هدف کوتاه‌مدت این برنامه فراهم‌سازی داروهای ضروری جهت مراقبت‌های بهداشتی است که شاید در ابتدا در برگیرنده تهیه شماری از محصولات، با قیمت قابل قبول باشد (از طریق خرید مشترک چندین کشور به همکاری UNICEF که در این زمینه تجربه طولانی دارد) ولی در درازمدت و با همکاری UNIDO می‌تواند در برگیرنده تولید داروهای ضروری در خود این کشورها گردد. دو نفر از هفت کارشناسی که در این برنامه فعالیت می‌کنند، داروساز هستند و انتظار می‌رود در سال‌های نزدیک این تعداد به ده نفر برسد.



دهلی‌نو و ما قبل قرار دارند.

WHO بنا به درخواست کشورهای عضو در کنترل بیماری‌ها و برقراری سرویس‌های بهداشتی که قادر به مراقبت از بیشترین تعداد ممکن از جمعیت‌شان، به‌ویژه در روستاهای دور افتاده، باشند با آن‌ها همکاری می‌کند. در بسیاری از این کشورها این سازمان نقش بسیار فعالی در زمینه‌هایی مانند طراحی، مدیریت، تحقیق و آموزش از طریق اولویت‌بندی نارسایی‌ها و تعیین اهداف کوتاه‌مدت و درازمدت به عهده دارد.

انجمن بهداشت جهانی، هدف اجتماعی مهم حکومت‌ها و WHO در دهه‌های آتی را دسترسی کلیه افراد بشر تا سال ۲۰۰۰ به سطحی از بهداشت دانست که آن‌ها را قادر سازد از نظر اقتصادی و اجتماعی زندگی مفیدی داشته باشند. اولین برنامه برای رسیدن به این هدف، گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای بخش وسیع‌تری از جمعیت است. این امر نیازمند توسعه سیستم‌های دارورسانی برای اطمینان از دسترسی کلیه افراد به داروهای ضروری می‌باشد، تعهدی که در آن داروسازان نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند.

اکنون بیاید به آن دسته از برنامه‌های WHO که داروسازان مسؤول آن‌ها هستند نگاهی دقیق‌تر بیفکنیم.

■ برنامه عملی در مورد داروهای ضروری

در این برنامه، WHO بنا به درخواست کشورها با آن‌ها در تدوین، طراحی مجدد و اجرای سیاست‌های



■ واحد دارویی

برنامه‌های این واحد در برگرنده استاندارد کردن و کنترل کیفیت داروها، انتشار توضیحاتی برای کنترل کیفیت دارویی (فارماکوپه بین‌المللی)، نام‌های غیراختصاصی بین‌المللی (INN) برای داروها، تدوین اصول GMP برای داروها و الگویی برای تعیین صلاحیت فرآورده‌های دارویی در حال ورود به بازار جهانی است. این الگو شامل صدور گواهی توسط مراجع صلاحیت‌دار کشور صادرکننده در پاسخ به کشور واردکننده می‌باشد. حتی اگر:

۱- فروش آن دارو در کشور تولیدکننده مجاز باشد.

۲- واحد تولیدکننده دارو در فواصل متناسب مورد بازرسی قرار گیرد.

۳- تولیدکننده، اصول GMP پیشنهادی WHO برای تولید و کنترل کیفیت را پذیرفته باشد.

واحد دارویی همچنین مسؤول اصلاح فهرست داروهای ضروری WHO و طراحی اطلاعات ضمیمه در استفاده از این داروها و تبادل اطلاعات درباره ایمنی و کارایی داروها در سطح بین‌المللی است. سه نفر از هفت کارشناس ستاد واحد دارویی داروساز هستند.

واحدهای دیگری که داروسازان، در آن‌ها خدمت می‌کنند عبارتند از: واحد عرضه (یک داروساز)، واحد تکنولوژی آزمایشگاه بهداشت (یک داروساز)، شاخه بهداشت محیط (یک داروساز). علاوه بر این هشت داروساز در اداره مرکزی WHO، ۶ نفر نیز در ۴ اداره از ۶ اداره منطقه‌ای به کار مشغول هستند. بدین ترتیب در برابر ۵۰۰ پزشک، ۱۴ داروساز در

بین کارشناسان WHO دیده می‌شوند و این ممکن است تعجب‌آور باشد که چگونه چنین گروه کوچکی کلیه این برنامه‌ها را اداره می‌کنند. در پاسخ باید گفت WHO به صورت عمده نقش طراح و هماهنگ‌کننده دارد و برای برنامه‌ها فنی آن می‌توان از کارشناسان آزاد درخواست همکاری نمود.

گاه‌گاه WHO از سرویس‌های مشورتی کوتاه‌مدت برای انجام پروژه خاصی در کشورهای عضو استفاده می‌کند. امروزه گسیل داشتن کارشناسان به کشورها با فرستادن افرادی از کشورهای در حال توسعه برای تحصیل به کشورهای توسعه یافته دیگر مورد نظر WHO نیست. در صورت لزوم با کمک کوتاه مدت مشاوران و پایه‌ریزی آموزش منطبق بر نیازهای مردم یک کشور در همان کشور می‌توان نیازها را برآورده نمود.

داروسازانی که برای پست دفتری یا به‌عنوان مشاور موقت استخدام شده‌اند، دارای تجربیاتی گسترده در مدیریت دارویی یکی از سرویس‌های بهداشتی - ملی بوده‌اند. این افراد مسؤولیتی در یکی از آزمایشگاه‌های ملی کنترل و یا آژانس‌های تنظیم دارو به عهده داشته و یا دارای تجربه در پشتیبانی عرضه دارو به‌ویژه در کشورهای جهان سوم بوده‌اند. اگر داروساز جوانی خواهان کار در یک کشور در حال توسعه باشد، در صورتی که با یکی از سازمان‌های ملی که در همین زمینه فعالیت می‌کنند همکاری داشته باشد، شانس بیشتری برای پذیرفته شدن خواهد داشت.



اشاره

از جمله بلاهایی که جهان ما امروزه با آن مواجه است و سلامت انسان‌ها را به شدت تهدید می‌کند بلای دخانیات است که متأسفانه همه ساله جان میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان می‌گیرد و شمار زیادی از انسان‌ها را به انواع محلولیت و بیماری‌های صعب‌العلاج مبتلا می‌کند. مصرف دخانیات در جوامع غربی به صورتی گسترده و وسیع به روش‌های مختلفی مورد تبلیغ قرار گرفته و در دیگر جوامع نیز به تبعیت از اصل تقلید مصرفی روزافزون و سرسام‌آور پیدا کرد و انگیزه‌هایی کاذب هم‌چون حس استقلال، مردانگی و بزرگ‌منشی در مصرف رو به افزایش آن نقشی اساسی و مهم بازی نمود. به‌طور یقین جای آن دارد که آگاهی‌های تنبیه‌بخش در دسترس مسئولان ذیربط قرار گیرد تا از این طریق آگاهی‌ها به توده مردم منتقل گردیده و قدمی اساسی در ریشه‌کن نمودن این بلای خانمانسوز برداشته شود. در برخورد با پدیده افزایش مصرف سیگار در کشورهای در حال توسعه، یک کمیته تخصصی سازمان بهداشت جهانی گزارش قابل ملاحظه‌ای با عنوان روش‌های مبارزه با دخانیات در کشورهای در حال توسعه، منتشر کرده است. آن چه که پیش رو دارید خلاصه‌ای از این گزارش است.



■ مهم‌ترین و بهترین راه مبارزه با دخانیات، پیشگیری از بروز اعتیاد به آن است.

هر چند هدف کلیه اقدام‌های علیه دخانیات تمام افراد جامعه است ولی توجه بیشتر، باید به‌ویژه بر حفاظت کودکان و نوجوانان متمرکز باشد. مسأله‌ای که باید به آن توجه شود این است که بسیاری از کودکان و نوجوانان موقعی شروع به مصرف دخانیات می‌کنند که بسیار ناآگاه و ناتوان در درک زیان‌های حاصل از اعتیاد به دخانیات هستند (۱). از آن‌جا که «پیشگیری مقدم بر درمان است»، امروز هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با دخانیات در همین شعار نهفته است. به عقیده سازمان بهداشت جهانی و کارگزاران بهداشتی اغلب کشورها، اساسی‌ترین اقدام علیه دخانیات جلوگیری از شروع آن می‌باشد. با توجه به این که در حدود ۹۰ درصد موارد، شروع مصرف سیگار در سنین دانش‌آموزی است برای جلوگیری از آن باید فعالیت را از مدارس آغاز کرد. عنوان کردن «مبارزه با دخانیات در مدارس» به این معنی است که مبارزه علیه دخانیات در تمام سطوح جامعه باید از مدارس شروع شود و به‌وسیله مدارس اعمال گردد. باید دانش‌آموزان به مبارزه علیه سیگار کشانده شوند تا هم خود از این بیماری مصون گردند و هم به هدایت و راهنمایی والدین و اطرافیان خویش بپردازند (۲).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیشتر فعالیت‌های ضدسیگار در اغلب کشورها روی مدارس انجام می‌گردد ولی در ارتباط محکم با

جامعه، چرا که با وجود سیگار در سطح جوامع و با انواع تبلیغات آشکار و نهان و با وجود مصرف گسترده آن توسط پدر و مادر و دیگر بزرگسالان، به هیچ‌وجه بعید به‌نظر نمی‌رسد که دانش‌آموزان با ذهن کنج‌کاو خود به سوی امتحان کردن سیگار کشیده شوند. براساس تحقیقات انجام شده در انگلستان ۹۰ درصد نوجوانان سیگاری فقط با مصرف ۳ تا ۴ نخ سیگار وابسته شده و به مصرف‌کنندگان منظم و دائم تبدیل شده‌اند (۳). لازم به یادآوری است که وابستگی به نیکوتین خیلی سریع روی می‌دهد و تقریباً ۸۵ درصد کسانی که فقط یک بار سیگار کشیده‌اند به مصرف آن ادامه داده‌اند (۴). بنابراین، کشیدن حتی یک نخ سیگار هم می‌تواند خطرآفرین و اعتیادآور باشد.

■ اپیدمیولوژی

دانش‌آموزان را از نظر مصرف سیگار می‌توان به چند گروه تقسیم کرد:

۱ - اجتناب‌کنندگان نامستعد

(Nonsusceptible Nonusers)

۲ - مصرف‌کنندگان مستعد

(Susceptible Nonusers)

۳ - مصرف‌کنندگان تجربی

(Experimental Users)

۴ - مصرف‌کنندگان نامنظم

(Irregular Users)

۵ - مصرف‌کنندگان منظم

(Regular Users)



۶- سیگاری‌های دایم (Persistent Smokers)

۷- سیگاری‌های قهار (Heavy Smokers)

گروه اول تحت مراقبت خوبی بوده و یا اعتماد به نفس بالایی دارند. گروه دوم آن‌هایی هستند که پدر، مادر، خواهر یا برادرشان سیگاری هستند. این‌ها به راحتی در جمع سیگاری‌ها می‌نشینند و نظر بدی در مورد سیگار ندارند. گروه سوم به بعد یک یا چند دوست سیگاری دارند. نکته قابل ذکر این است که اگر دانش‌آموزی وارد گروه سوم شد خودبه‌خود به طرف گروه‌های دیگر به راه می‌افتد. افراد سیگاری بزرگسال، دانش‌آموزان را وارد گروه دوم می‌کنند. سپس آن‌ها را به دوستان و هم‌کلاس‌ها می‌سپارند تا وارد گروه سوم یا دیگر گروه‌ها شوند. برای مبارزه با سیگار حتی الامکان باید روی گروه اول و دوم کار کرد. سن شروع آموزش در مورد سیگار باید زمانی باشد که دانش‌آموزان در گروه اول یا دوم قرار گرفته‌اند. مثلاً در آمریکا از ۱۱ سالگی آموزش علیه سیگار در مدارس آغاز می‌شود. در ایران تحقیقات گسترده‌ای در مورد مصرف دخانیات توسط نوجوانان یا دانش‌آموزان انجام نشده است ولی براساس تحقیق معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ۸۱/۹ درصد سیگاری‌های ایران سن شروع را قبل از ۱۴ سالگی و در مجموع ۸۸/۵ درصد سیگاری‌ها قبل از ۱۹ سالگی کشیدن سیگار را شروع کرده‌اند. باید با انجام یک‌سری تحقیقات گسترده دانش‌آموزان کل کشور را براساس

تقسیم‌بندی فوق مورد بررسی قرار داد و فهمید که گروه سوم در چه سنی قرار دارند و قبل از آن آموزش را شروع کرد(۲).

بحث درباره چگونگی اعتیاد دانش‌آموزان به سیگار، انگیزه‌های آنان، عوامل کمک‌کننده و نحوه مبارزه با دخانیات در مدارس (غیر از آموزش) یک بحث بسیار گسترده بوده و احتیاج به نظر کارشناسی، مطالعه و تحقیقات دقیق دارد و آنچه که در بالا آمد اشاره‌ای به اهمیت موضوع پیشگیری از بروز اعتیاد به دخانیات بود.

■ راه‌های مبارزه با دخانیات

۱- برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌دهنده اجتماعی

یکی از اهداف مهم برنامه‌های آموزشی باید این باشد که در جامعه جو و حالتی به‌وجود آورد که سیگاری نبودن یک روش طبیعی و رسمی زندگی باشد و حق افراد غیرسیگاری به‌عنوان جزیی از این برنامه‌ها مورد توجه قرار گیرد. اهمیت برنامه‌های آموزشی همگانی نیاز به تأکید فراوان ندارد، زیرا در غیاب آن‌ها، مجموع سایر اقدام‌های مبارزه با دخانیات تأثیر کمتری خواهد داشت.

مردم هر کشور باید به خوبی به فواید معتاد نبودن به دخانیات آگاه شوند. وسایل ارتباط جمعی برای رسیدن به این هدف بسیار تأثیرگذار هستند. با استفاده از این وسایل به‌صورت هم‌زمان با عده بسیاری از مردم از جمله سیاستمداران، افراد متخصص، خانم‌های خانه‌دار، کارگران و جوانان می‌توان تماس برقرار کرد. رسانه‌های عمومی هر



شخصیت‌های ورزشی و ورزشکاران، کسانی که به‌علت اجرای برنامه‌های سرگرم‌کننده در رادیو و تلویزیون مشهور هستند. صاحبان حرفه‌های پزشکی به‌خصوص در نقاطی که فقط چند پزشک وجود دارد، می‌شوند و نقش بسیار مهمی با توجه به تعداد طرفداران و دوستداران خود دارا می‌باشند. واضح است اعضای حرفه‌های پزشکی و بهداشتی یکی از گروه‌هایی هستند که باید در برنامه‌های آموزشی شرکت داشته باشند. در بیشتر کشورهای که فعالیت‌هایی در ارتباط با مبارزه با دخانیات انجام گرفته فشارهای اولیه از طرف رهبران گروه‌های پزشکی و بهداشتی اعمال گردیده است.

از طریق آموزش، سطح آگاهی‌های جامعه افزایش داده شود تا مردم از برنامه‌های مبارزه با دخانیات حمایت کنند. رهبران سیاسی هر کشوری نسبت به عقاید مردم حساسیت دارند و این مسأله مهم در مورد برنامه‌های مبارزه با دخانیات به‌عنوان یک قدم اولیه مهم باید مورد توجه باشد.

اطلاعات درباره دخانیات را می‌توان به‌صورت مواد آموزشی تهیه و به‌صورت رسمی در کلاس‌ها تدریس کرد. این کار در بعضی از کشورها مانند انگلستان، استرالیا، کانادا، دانمارک، سوئد و آمریکا انجام شده است.

برای آموزش مردم جلب همکاری‌های رهبران مذهبی بسیار مفید است، زیرا علاوه بر دلایل پزشکی از لحاظ استنباط‌های مذهبی هم روی آوردن به هر عمل زیانبار، حرام تلقی می‌شود و اگر به‌صورت حکمی به صراحت مصرف این نوع مواد را

کدام نقاط ضعف و قوتی دارند که باید به آن‌ها توجه شود. برای مثال، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تعداد شنوندگان رادیو بیشتر از بینندگان تلویزیون است. از طریق رادیو و تلویزیون می‌توان با انبوه عظیم بی‌سوادان تماس برقرار کرد که با آن‌ها تماس از طریق مطالب چاپی غیرممکن است؛ تلویزیون همیشه رسانه مؤثری برای آرایه حقایق آماری و علمی نیست ولی به‌صورت مناسب‌تری می‌تواند الگوهای رفتاری به‌وجود آورد، احساس و تصور عمومی به‌خصوصی را آرایه دهد. نمونه‌های خاصی را به‌عنوان تقلید و مثال در سطح جامعه معرفی کند و یا جذابیت بیشتری به سیگاری نبودن به‌عنوان روشی از زندگی بدهد. این‌ها در تصور جوانان اهمیت بسیار زیادی دارد؛ سینماها در بسیاری از کشورهای در حال توسعه برای مردم به‌خصوص نوجوانان جالب هستند. می‌توان ترتیبی داد که فیلم‌های بسیار کوتاه چند دقیقه‌ای قبل از شروع فیلم اصلی در سالن سینماها به نمایش گذاشته شود. روزنامه‌ها، مجلات، پوسترها، شعارها و اعلانات، فیلم‌های کارتونی، نمایش‌های عروسکی و کتاب‌ها نیز هر کدام نقش خود را در افزایش آگاهی جامعه دارند.

گروه‌های کلیدی متعددی هم وجود دارند که نقش آن‌ها در آموزش و افزایش آگاهی افراد جامعه غیرقابل انکار است. آن‌ها شامل سیاستمداران، رهبران مذهبی، اقتصاددانان، رهبران اجتماعی و گروه‌های سیاسی، کسانی که تصمیم‌گیری آن‌ها در سطح جامعه بسیار مهم است، روزنامه‌نگاران،



تحریم نکنند، لاقلاً دوری از آن را تشویق می‌کنند. در این مورد، هم صحبت‌ها و هم رفتار (سیگاری نبودن) رهبران مذهبی می‌تواند مفید باشد(۱). برای مثال، ائمه جماعات ایالت «پرلیس» در کشور مالزی در خطبه‌ای نماز از زیان‌های مصرف دخانیات سخن گفتند و در مواردی مصرف آن را حرام دانسته‌اند.

۲- اقدامات محدودکننده و قانون‌گذاری

در زمینه قانون‌گذاری و سایر اقداماتی که برای مبارزه با دخانیات باید به کار روند کمیته کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۵ اعلام کرد: «بیماری‌هایی که بر اثر مصرف دخانیات به وجود می‌آیند آن قدر در ایجاد مرگ و میر زودرس و عیالی در کشورهای در حال توسعه مؤثر هستند که در این کشورها هیچ اقدام مؤثر واحدی در جهت بهبود شرایط بهداشتی جامعه و افزایش عمر مردم آن‌ها در پهنای وسیع پزشکی پیشگیری بیشتر از مبارزه با دخانیات وجود ندارد».

این تصور گول‌زننده است اگر باور کنیم بدون قانون‌گذاری و فقط با یک سلسله اقدامات صلح‌طلبانه بتوانیم مسأله دخانیات را مثلاً با آموزش بهداشت در کشور حل کنیم و مخالفت و مقاومتی از طرف کارخانه‌های سازنده دخانیات و کسانی که از فروش دخانیات سود می‌برند، در برابر این برنامه‌ها نشود. البته، یک برنامه جامع و هوشمندانه آموزشی عمومی در ایجاد شرایط و زمینه مبارزه با دخانیات بسیار مفید است ولی باید با قانون‌گذاری‌های مناسب، تقویت و حمایت شود.

در زمینه قانون‌گذاری این مسأله تذکر داده

شده است که بسیاری از کشورها در مقابل محصول‌های دارویی و موادی که به غذاها اضافه می‌شوند، تنها اگر تصویری برای خطرناک بودن آن‌ها وجود داشته باشد به سرعت عکس‌العمل نشان می‌دهند مخصوصاً اگر احتمال ضعیف سرطان‌زایی برای آن‌ها مطرح باشد. در حقیقت هیچ‌گونه ماده شیمیایی را نمی‌توان پیدا کرد که اگر آثار سرطان‌زایی و عواقب بیماری‌زایی برای آن مطرح بود، کشوری اجازه فروش و بازاریابی برای آن صادر کند، ولی بی‌میلی دولت‌ها در مقابله با دخانیات در شرایطی که بیشتر از هر ماده دیگری در جهان باعث بیماری و مرگ‌هایی می‌شوند که قابل پیشگیری هستند، بسیار تعجب‌برانگیز است. شاید یکی از علت‌های چنین بی‌میلی از طرف دولت‌ها درآمد ظاهری دولت‌ها از طریق دخانیات باشد. هرچند دولت‌ها از طریق مالیات بر دخانیات درآمد زیادی کسب می‌کنند ولی هر دولتی می‌تواند از راه‌های دیگر هم این درآمد را به دست آورد. تنها امتیازی که کسب درآمد از طریق دخانیات برای دولت‌ها دارد «سهولت سیاسی» آن است و افراد جامعه گرانی دخانیات را بهتر از گران کردن بقیه مایحتاج عمومی تحمل می‌کنند. مسأله بسیار مهم این است که این درآمد دولت‌ها از طریق بستن مالیات و گران کردن دخانیات یک افزایش درآمد ملی نیست بلکه انتقال درآمد در داخل کشور از یک محل به محل دیگر است و به معنی افزایش تولید ناخالص ملی نیست که اهمیت اقتصادی داشته باشد و در مقابل زیان‌هایی که با غیبت از کار،



نکاتی پیرامون مطالب برچسب‌های هشداردهنده سیگارهای داخلی:

۱- مطالبی که روی این برچسب‌ها دیده می‌شود، علی‌رغم هشدار که ظاهراً در مورد سلامتی می‌دهند، در واقع در برگیرنده هیچ مفهوم خاصی نیستند. مثلاً بهتر است این جمله نوشته شود: «کشیدن سیگار باعث سرطان ریه می‌شود.» یا «کشیدن سیگار در زمان بارداری سبب کاهش وزن نوزاد، مرده‌زایی یا افزایش میزان سقط جنین می‌شود.»

۲- در کنار تمام پیام‌های فوق (که به‌صورتی بسیار کوچک در بسته‌بندی سیگار به کار رفته‌اند) یک عبارت جلب توجه می‌کند: «ساخته شده از انواع توتون‌های مرغوب و معطر».

این عبارت همراه قسمت اول جمله سوم (با آن که سعی شده بهترین نوع سیگار را برای شما تهیه کنیم) عبارت‌هایی تشویقی هستند. به متن و اندازه پیام‌ها و اندازه عبارت تشویقی در شکل (۱) دقت کنید.

این در حالی است که بنابر تبصره ۲ از ماده ۲ آیین‌نامه ممنوعیت مصرف و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی، تبلیغ و هرگونه اقدامی که به ترتیب مقرر در آیین‌نامه اجرایی این قانون منجر به تشویق عموم به مصرف دخانیات شود ممنوع است. تبصره ۱ همین ماده، شرکت دخانیات را موظف می‌سازد که هشدارهای لازم مربوط به مضرات سیگار را در روی بسته‌های سیگار اعلام نماید (۵). بنابراین، این که فقط نوشته

بیماری و مرگ‌های زودرس ایجاد می‌کند اصلاً قابل ملاحظه نیست.

زمینه‌هایی که در آن‌ها مقررات محدودکننده و قانون‌گذاری ممکن است مؤثر باشد:

۱- ۲- برچسب‌های هشداردهنده بهداشتی در کلیه برچسب‌های هشداردهنده، مضمون پیام باید دقیق و روشن باشد و به‌صورتی چاپ و نصب شود که توجه خریدار و مصرف‌کننده را جلب نماید و منعکس‌کننده زبان‌های مصرف‌دخانیات در ارتباط با سلامتی باشد. باید در موقع قانون‌گذاری مشخصات فنی چاپ برچسب‌ها به‌صورت دقیقی مشخص شود تا شرکت‌های دخانیات با طراحی‌های روی جلد و سایر اقدامات مشابه تأثیر آن‌ها را از بین نبرند. باید دقت شود تا هر شعار چاپ شده ضمن دقیق بودن برای افرادی که آن را می‌خوانند جامع باشد و دولت‌ها این اجازه را داشته باشند که در صورت نیاز آن‌ها را به هر صورتی که مایل هستند تغییر دهند. مطلب برچسب‌های هشداردهنده باید در فواصل زمانی معین تعویض شود تا به‌صورت یک مسأله کهنه و عادی در نیاید (۱).

نگاهی به برچسب‌های هشداردهنده سیگارهای داخلی:

۱- سیگار دشمن سلامتی است.

۲- مصرف سیگار برای تندرستی زیان‌آور است.

۳- برادر و خواهر گرامی، با این که سعی شده بهترین نوع سیگار را برای شما تهیه کنیم، بدانید برای سلامتی شما مضر است، لااقل کم مصرف کنید.



شود «مصرف سیگار برای تندرستی زیان آور است» لازم هست ولی کافی نیست.

۳- شرکت دخانیات ایران مصرف کنندگان سیگار را خواهران و برادران خود خطاب کرده است که حکایت از یک اندیشه دینی در مورد مخاطبان است، ولی آیا واقعاً دین اسلام آسیب جسمی به دیگران را جایز می‌شمارد؟

۲- ۲- آموزش اجباری بهداشت در باره دخانیات

هیچ قانونی نمی‌تواند موفقیت پیدا کند بدون آن که با فعالیت‌های آموزشی مناسبی همراه باشد. برنامه‌های آموزشی در رسانه‌ها باید به‌صورتی انجام گیرد که هم عامه مردم و هم مقام‌های

تصمیم‌گیرنده به لزوم و حقانیت مبارزه با آثار زیانبار دخانیات و انجام بعضی اقدامات متقاعد گردند. یکی از مواردی که در برنامه‌های آموزشی باید به آن تکیه شود زبان‌های مصرف دخانیات است.

۳- ۲- مصرف دخانیات در مجامع عمومی و محل کار

خوشبختانه، در این زمینه هیئت وزیران در تاریخ هفتم آبان ماه ۱۳۷۶ آیین‌نامه ممنوعیت مصرف و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی را به تصویب رساند. البته، تصویب این آیین‌نامه بسیار با ارزش بود ولی به تنهایی کافی نیست بلکه نظارت بر اجرای دقیق آن نیز ضروری است. هدف از این ممنوعیت آزار افراد سیگاری نیست



دارند. گاهی این موضوع از طرف شرکت‌های دخانیات مطرح می‌شود که هدف بعضی از انواع آگهی‌ها برای این است تا مردم با انواعی از سیگارها که تار (Tar) و نیکوتین کمتری دارند آشنا شوند و بنابراین، لازم هستند. این نوعی از دغل‌بازی است تا بهانه‌ای برای کم ارزش کردن زیان‌های فرآورده جدید و ادامه مصرف دخانیات در جامعه به‌وجود بیاورند. هدف این کار می‌تواند انحراف توجه جامعه از زیان‌بار بودن دخانیات و ضرورت کاهش قابل ملاحظه مصرف آن باشد. اگر دولت‌ها علاقه‌ای به کم کردن تار و نیکوتین سیگارها دارند می‌توانند به‌طور مستقیم از طریق قانون به این هدف برسند (۱).

۵-۲ - کشت توتون و تنباکو

شرکت‌های بزرگ تولیدکننده سیگار برای به‌دست آوردن بازارهای گسترده مصرف تدارک وسیعی دیده‌اند. هر سال در کشورهای جهان سوم زمین‌های بیشتری زیر کشت توتون می‌رود. این در حالی است که این زمین‌ها عموماً قبلاً به کاشت محصول‌های غذایی اختصاص داشته است. امروزه اگر کشاورزان فیلیپینی به جای برنج اقدام به کشت توتون کنند، درآمدشان چهاربرابر خواهد شد. همچنین افزایش سطح زیر کشت توتون عواقب زیست محیطی قابل توجهی نیز به‌دنبال داشته است. به‌طوری که در برزیل هر سال برای عمل‌آوری محصول توتون ۶۰ میلیون اصله درخت قطع می‌شود شرکت‌های سازنده سیگار در سطح جهان در عمل ثابت کرده‌اند که «سیاست توتون

بلکه جلوگیری از زیان رسیدن به افرادی است که سیگاری نیستند. ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی به معتادان این مواد به‌خصوص در نوجوانان این تصور را ایجاد می‌کند که اعتیاد به دخانیات یک عمل ضداجتماعی - صرف‌نظر از زیان‌های پزشکی آن - می‌باشد.

۴-۲ - تبلیغات و بالا بردن سطح فروش

کمیت تخصصی سازمان بهداشت جهانی توجه بسیار زیادی به مسأله تبلیغات و بازاریابی مواد دخانی می‌ذول کرده و به صراحت اعلام کرد که تبلیغات تجارتي - به هر صورتی که باشد، باید کاملاً ممنوع گردد. ممنوعیت تبلیغات می‌تواند به شکل‌های زیر باشد:

جلوگیری از تبلیغ دخانیات در میادین ورزشی، جلوگیری از پخش و تولید فیلم‌ها و کلاً برنامه‌هایی که در آن‌ها هنرپیشه‌ها در حال کشیدن سیگار هستند، جلوگیری از نام‌گذاری سیگارها با نام‌های جذاب، حذف کلیه اطلاعاتی که موجب جذابیت دخانیات شود، جلوگیری از تولد و انتشار وسایلی که به‌طور غیرمستقیم باعث تبلیغ سیگار می‌شوند مانند ساک‌های ورزشی، خودکار، سررسید، تقویم، پوشاک (به‌ویژه پوشاک ورزشی و لباس‌های کار) و ... که مارک یک نوع سیگار بر آن‌ها نقش بسته است، ممنوعیت برگزاری مسابقه‌های ورزشی و علمی از طرف شرکت‌های دخانیات.

شرکت‌های دخانیات از قانون‌گذاری در مورد ممنوعیت تبلیغ بیشتر از هر اقدام دیگری عکس‌العمل نشان می‌دهند، زیرا به آثار آن آگاهی



به جای غذا و گسترش بازار فروش سیگار» را دنبال می‌کنند.

در ایران سطح زیرکشت توتون و تنباکو از ۶ هزار هکتار در سال ۱۳۱۵ به ۳۰ هزار هکتار از اراضی مرغوب استان‌های گیلان، مازندران، آذربایجان غربی، اصفهان و کرمانشاه در سال ۱۳۷۵ رسیده است (۸).

باید از طریق تصویب قانون از کشت بیشتر توتون و تنباکو جلوگیری نمود. کم کردن میزان تولید دخانیات از طریق کاهش زمین‌های زیر کشت توتون لزوماً به معنای کم کردن سطح اشتغال در سطح وسیع نیست، زیرا می‌توان به جای توتون و تنباکو، کشت محصولات کشاورزی دیگری را در هر کشور جایگزین آن کرد. در کشورهایی که کشت دخانیات به‌طور صنعتی وجود دارد، نهایت کوشش به عمل آید تا از نقش آن در اقتصاد کشور کاسته شود و برای زمین‌ها و کارگرانی که در خدمت کشت توتون هستند، محصول‌ها و زمینه‌های دیگری به‌عنوان جانشین انتخاب گردد. مانند پیدا کردن غلاتی که باید جایگزین کشت توتون شوند و در صورت لزوم دادن وام برای انجام این کار (۱). در همین مورد به جواب رییس اداره روابط عمومی و امور بین‌الملل شرکت دخانیات ایران در ستون «مسئولان پاسخ می‌دهند» روزنامه رسالت توجه می‌کنیم: «در پاسخ به نامه منتشره جمعی از برنجکاران (ضیابر) در روزنامه رسالت مورخ ۷۶/۸/۶ تحت عنوان (توتون بکاریم یا برنج؟) به استحضار می‌رساند:

دخانیات یک شرکت صددرصد دولتی است که با سیاست‌گذاری و تصمیم‌های هیئت مدیره نسبت به تولید و فروش محصول‌های دخانی اقدام می‌نماید در نتیجه، از بودجه عمومی کشور استفاده نمی‌نماید و باید خود بتواند هزینه‌های خود را تأمین نماید و بنابراین، قیمت خرید توتون به‌وسیله هیئت مدیره مشخص می‌گردد و مدیریت شرکت اعتقاد دارد جهت تولید سیگار باید ترتیبی اتخاذ گردد که کشاورزان داخلی نسبت به تولید این فرآورده اقدام نمایند تا نیازی به واردات توتون از خارج نباشد و فرض بر صادرات توتون و کالای دخانی باشد نه بر واردات توتون و سیگار.

از طرفی، به‌نظر می‌رسد که کاشت، داشت، برداشت، دسته‌بندی و تحویل توتون زحمت بیشتری داشته باشد تا کشت برنج. به هر طریق در چند سال اخیر که کشت توتون افزایش یافته شرکت دخانیات موفق به صدور آن به خارج از کشور گردیده و از این بابت درآمد ارزی قابل توجهی حاصل گردیده که نتیجه تلاش کشاورزان عزیز توتون کار بوده است. در نهایت، سؤال فرموده‌اند که توتون بکاریم یا برنج. ما تقاضا داریم که هم توتون بکارید، هم برنج. زیرا تک محصولی بودن به صلاح زارعین عزیز کشور نیست. بیایید با کشت انواع محصول‌های کشاورزی به‌طور قطع و یقین خود را بی‌نیازتر نماییم، چیزی که باعث تأسف است مقایسه کشت یک محصول غذایی استراتژیک با کشت یک گیاه مرگ‌آور است. «نکته‌ای که در این مورد وجود دارد این است



جهانی توصیه می‌شود که سقفی برای ترکیب‌هایی که با کشیدن سیگار متصاعد می‌شود، تعیین شود (مانند تار، نیکوتین و منواکسیدکربن) و با سرعتی زیاد این مقادیر کمتر و کمتر شود. این توصیه به این دلیل است که پژوهش‌های جدید از یک طرف نشان می‌دهند که کاهش مواد سمی در سیگار - به دلیل زدن پک عمیق‌تر در مورد سیگارهای light و افزایش تعداد سیگارهای کشیده شده - چیزی از خطرهای آن کم نمی‌کند (۱) و از طرف دیگر، گزارش‌هایی وجود دارد که شرکت‌های سیگارسازی مواد اعتیادآور سیگار و کلاً دخانیات را به‌طور عمدی زیاد می‌کنند. به گزارشی در این مورد و به نقل از جراید توجه می‌کنیم:

«یک شرکت فرآورده‌های زیستی در آمریکا اعتراف کرد که به درخواست یک کمپانی سازنده سیگار یک نوع توتون با نیکوتین بالا و اعتیادآوری زیاد تولید کرده است. شرکت فرآورده‌های زیستی دی.ان.ای اعتراف کرد بنا به درخواست یک کارخانه سیگارسازی آمریکا موسوم به (براون ویلیامز) نوعی بوته توتون به‌وجود آورده است که نیکوتین بیشتری دارد و با سه تا چهار بار مصرف شخص استفاده‌کننده و به‌خصوص جوانان را معتاد می‌کند و ترک اعتیاد این سیگار دشوارتر است تا کارخانه سیگارسازی بتواند فروش بیشتری داشته باشد. به گفته این شرکت، این نوع توتون در برزیل کشت شده و برای تبدیل شدن به سیگار به آمریکا منتقل می‌شود».

باید به این نکته توجه کرد که فعالیت‌هایی که

که احتمال بسیار کمی برای رشد تجارت توتون در آینده وجود دارد. اولین دلیل این که در کشورهای توسعه یافته رشد تجارت توتون به اوج خود رسیده و در شرایط کنونی روبه نقصان است. دومین دلیل این که هر چند در کشورهای در حال توسعه مصرف دخانیات در حال افزایش است ولی به‌نظر می‌رسد که این افزایش به نقطه اوجی خواهد رسید و بعد با آگاه شدن مردم این کشورها از زیان‌های بهداشتی دخانیات، کاهش مصرف در این کشورها شاید سریع‌تر از کشورهای صنعتی صورت بگیرد. کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی توجه کشورهای در حال توسعه را به این مسأله معطوف می‌دارد که از اتکای زیاد به درآمد حاصل از توتون پرهیز کنند، زیرا چند کمپانی غول‌آسا چند ملیتی کنترل تجارت بین‌المللی کشت و صنعت دخانیات را در اختیار دارند؛ این کمپانی‌ها به سادگی ممکن است بازار مواد خام خود را عوض کنند بدون آن که به این مسأله توجه کنند که در اقتصاد این کشورها چه آثاری به بار می‌آورد (۱)».

در مجموع و با توجه به توضیحات فوق می‌توان گفت کشت توتون و افزایش سطح زیرکشت آن باعث به خطر افتادن تولید محصول‌های کشاورزی (به‌ویژه محصول‌های غذایی) و منافع کشاورزان شده و علاوه بر این که ممکن است از نظر اقتصادی به صرفه نباشد، عواقب زیست محیطی نیز به‌دنبال دارد.

۶-۲ - ایجاد تغییر در محصول‌های دخانی

از طرف کمیته کارشناسی سازمان بهداشت



از مقدار مشخصی نیکوتین داشتند مشمول مقادیر بیشتری مالیات شدند در عرض ۳ ماه نسبت سهم فروش آن‌ها در بازار از ۱۵ درصد به ۳ درصد سقوط کرد(۱).

متأسفانه، اختصاص قسمتی از مالیات بر دخانیات به اموری [مانند ورزش، بیماران سرطانی و دانشکده‌های علوم قرآنی (تبصره ۶۶ لایحه بودجه سال ۱۳۷۶)] که از نظر معنوی دارای ارزش بسیار زیادی هستند از زشتی مصرف دخانیات می‌کاهد. مثال دیگری در امور ورزشی، ارایه طرح تشکیل وزارتخانه ورزش جوانان از طرف نمایندگان مجلس است؛ قرار است تأمین قسمتی از هزینه این وزارتخانه از طریق افزایش عوارض، بر سیگار باشد.

۸-۲- توزیع سیگار

در بسیاری از کشورهای جهان سیگار به‌صورت آزادانه به بزرگسالان (و با کمال تأسف به خردسالان) فروخته می‌شود. تجربه حاصل از زمان ممنوعیت مصرف نوشابه‌های الکلی نشان می‌دهد که ممنوعیت کامل به‌صورت واضحی غیرقابل اجرا است و به سادگی موجب تولید جانبی و غیرقانونی می‌گردد. توصیه می‌شود با ایجاد محدودیت‌هایی در عرضه دخانیات، حالتی به‌وجود آید که دخانیات به صورت یک کالای دم دستی و سهل‌الوصول در دسترس نوجوانان نباشد(۱). طبق تحقیقی که در همین زمینه در استرالیا انجام شده مراقبت‌های اجتماعی و عدم دستیابی به سیگار از مهم‌ترین انگیزه‌ها برای نکشیدن سیگار در بین دانش‌آموزان

در زمینه تعدیل مواد سمی موجود در سیگار به عمل می‌آید نباید در مورد کوشش‌هایی که برای ترک سیگار می‌شود خللی وارد کند یا نوجوانان را به شروع اعتیاد با این سیگارها تشویق کند و همچنین نباید در تصمیم دولت در انجام مبارزه با دخانیات خللی وارد کند. در کلیه مواردی که مطالبی در ارتباط با میزان تار، نیکوتین و منواکسید کربن موجود در سیگارها منتشر می‌شود نباید مطالبی گفته یا نوشته شود که در این حقیقت کلی که تمام ترکیب‌های دخانی سمی بوده و برای سلامتی انسان زیانبار است خللی ایجاد کند.

۷-۲- سیاست‌های قیمت‌گذاری

افزایش مالیات دخانیات برای بالابردن قیمت آن‌ها یکی از اقدام‌هایی است که در یک برنامه جامع مبارزه با دخانیات باید از آن استفاده شود. شواهد در مورد افزایش قیمت سیگارها نشان می‌دهد که با افزایش قیمت، حجم فروش کم می‌شود، گرانی قیمت بعضی از مصرف‌کنندگان را وادار به ترک می‌کند و برای بعضی از افراد که در تصمیم ترک کردن دودل بوده‌اند، این کار می‌تواند به‌عنوان یک شوک در تصمیم‌گیری مؤثر باشد. گران کردن دخانیات نباید به‌صورتی خشن و بی‌رحمانه صورت بگیرد و با توجه به نرخ تورم به‌صورتی افزایش پیدا کند که ادامه مصرف برای معتادان مشکل و غیردلخواه گردد. بستن مالیات به میزان‌های متفاوت با توجه به مقدار تار و نیکوتین سیگارها در انگلستان خیلی موفقیت‌آمیز بوده است. بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۷ سیگارهایی که بیشتر



بوده است (۲).

بنابراین، باید براساس قانون فروش تمام انواع دخانیات به خردسالان ممنوع باشد. البته، طرز تلقی کشورهایی که این نوع قوانین در آن‌ها به تصویب رسیده، سن مورد قبول ۱۵ و ۱۶ سالگی بوده است ولی با توجه به فرهنگ کشورها می‌توان سنین دیگری را ملاک قرار داد. مثلاً در چین این سن ۱۸ سال و در اسپانیا این سن ۱۶ سال در نظر گرفته شده است، در ایران باید با انجام مطالعه‌های دقیق این سن را مشخص نمود.

ذکر این نکته لازم است که تعهد و مسئولیت فروش غیرقانونی به خردسالان باید متوجه فروشنده باشد نه خریدار این قانون باید برای فروش انواع دخانیات - نه تنها سیگار - اعمال شود. کمیته تخصصی سازمان بهداشت جهانی مسأله مقید بودن و عملی بودن ممنوعیت فروش سیگارها را به صورت دانه‌ای و یا به اصطلاح ممنوعیت فروش بسته‌های باز سیگار را مورد توجه قرار داد و اظهار نظر کرد، در حالی که این کار می‌تواند در کشورهای غربی به سادگی عملی شود. هرچند اعمالش در کشورهای در حال توسعه بسیار مفید است ولی انجامش غیرعملی به نظر می‌رسد (۱).
براین اساس شهرداری‌ها می‌توانند براساس قانون نظام صنفی، جلوی توزیع کنندگان غیررسمی و غیرمجاز را بگیرند.

در بساط یک سیگارفروش حاشیه خیابان فردوسی که تمامی سرمایه‌اش به ۳۰ هزار تومان نمی‌رسد، بیش از ۱۰ نوع سیگار خارجی وجود دارد.

از نگاه برخی ممکن است فعالیت یک سیگارفروش خیابانی، چرخش اقتصادی بی‌اهمیتی باشد. اما برنامه‌ریزان و بازاریابان شرکت‌های عمده تولید و توزیع‌کننده سیگار چنین دیدگاهی ندارند. زیاد شدن تعداد سیگارفروشان آن‌ها را خوشحال می‌کند زیرا آن‌ها عوامل و فعالان آخرین مرحله توزیع این شرکت‌ها را تشکیل می‌دهند. وقتی مدیر شرکت پیسی از یک پیرمرد روستایی مکزیکی که جعبه‌های پیسی را با قاطر در مناطق صعب‌العبور این کشور حمل کرده و به نقاط دوردست می‌برد، به‌عنوان سرباز پیاده‌نظام پیسی کولا نام می‌برد، چرا چنین تصویری را مدیران شرکت‌های عمده سازنده سیگار از سیگارفروشان دوره‌گرد ما نداشته باشند؟

۳- ترک دخانیات

یکی از اهداف برنامه‌های مبارزه با دخانیات کم کردن میزان مصرف این مواد در سطح کشور است. در این زمینه آموزش بهداشت حجم عظیمی از این برنامه را تشکیل می‌دهد. روش مناسب برای ترک ممکن است برای هر فرد نسبت به فرد دیگر متفاوت باشد و شانس موفقیت به عوامل بستگی دارد که عبارتند از: نحوه استعمال دخانیات در فرد مورد نظر، میزان و شدت وابستگی به دخانیات، دلیل روی آوردن به دخانیات، مخارج مصرف دخانیات، مدت اعتبار و نوع محیط اجتماعی او. مسأله مهم برای عده زیادی از این افراد ترک دخانیات پس از یک تصمیم‌گیری اولیه نیست بلکه این است که بتوانند از اعتیاد مجدد به دخانیات برکنار بمانند. هر اقدامی که بتواند اراده این افراد را در این



۵۰۰۰ نفر به علت عوارض سیگار فوت می کنند. طبق همین گزارش ها سالیانه رقمی حدود ۵۰۰ میلیارد تومان صرف کشیدن سیگار و سه برابر این رقم صرف تشخیص و درمان بیماری های وابسته به آن در ایران می گردد».

منابع

۱. مبارزه با دخانیات (ترجمه گزارش کمیته تخصصی سازمان بهداشت جهانی با عنوان «روش های مبارزه با دخانیات در کشورهای در حال توسعه»)، چاپ دوم، بخش علمی شرکت پخش فردوس، تهران، ۱۳۶۹.
۲. نصیرزاده، احسان الدین؛ سیگار تهدیدی بزرگ برای بهداشت مدارس (سری مقالات)، روزنامه اطلاعات، یکشنبه ۷۶/۳/۱۸، شماره ۲۱۰۶۸، ص: ۶.
۳. نصیرزاده، احسان الدین؛ سیگار تهدیدی بزرگ برای بهداشت مدارس (سری مقالات)، روزنامه اطلاعات، دوشنبه ۷۶/۳/۱۹، شماره ۲۱۰۶۹، ص: ۶.
۴. فدایی، فرید؛ نگاهی به استعمال دخانیات و پیامدهای ناگوار آن (سری مقالات)، روزنامه اطلاعات، دوشنبه ۷۶/۴/۳، شماره ۲۱۰۸۱، ص: ۵.
۵. آیین نامه ممنوعیت مصرف و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی به نقل از: روزنامه همشهری، سه شنبه ۷۶/۱۲/۵، شماره ۱۴۹۰، ص: ۳.
۶. امیدوار، عبدالحمید؛ نگاهی به استعمال دخانیات و پیامدهای ناگوار آن (سری مقالات)، روزنامه اطلاعات، یکشنبه ۷۶/۴/۱، شماره ۲۱۰۸۰، ص: ۵.

مدت پابرجا نگه دارد، دارای ارزش فراوان است و مطالعات زیادی در این زمینه به امید دست یافتن به روش های مؤثرتر لازم و مفید است. روی این مسأله تأکید شده است که نصایح و توصیه های ساده پزشکان و اعضای تیم پزشکی در افزایش قابل ملاحظه افرادی که موفق به ترک اعتیاد خود می شوند بسیار مفید است.

اولویت ها در تصویب قانون (قانون گذاری را در ابتدا در زمینه هایی باید شروع کرد که بیشتر برای مقام های تصمیم گیرنده مملکتی و مردم قابلیت پذیرش آن ها وجود دارد)، ارزشیابی خود برنامه های مبارزه با دخانیات و نظارت دقیق بر اجرای آن ها (نتایج به دست آمده از ارزشیابی بسیاری از ابهام ها و پی آمدهای اجرای برنامه های مختلف را روشن نموده و برای دست اندرکاران برنامه ریزی و اجرایی راهنمایی های گران بهایی را به دست می دهد) و تحقیق ها (این که مثلاً چرا مردم شروع به مصرف دخانیات می کنند) از عوامل مؤثر دیگر در مبارزه با دخانیات هستند (۱).

این مقاله را با یک گزارش به نقل از جراید به پایان می بریم.

«در ایران طبق گزارش های نیمه رسمی سالیانه