

### بخش اول: تعریف و ضرورت

سبک زندگی سالم می تواند کاهش عوامل استرس زا در زندگی، ارتقای سطح سلامت، کاهش شیوع و تاثیر مشکلات و بیماری ها و نهایتا بهبود کیفیت زندگی را تضمین نماید. شواهد علمی بسیار گسترده ای وجود دارد که نشان می دهند چگونه سطح سلامت افراد در ارتباط نزدیکی با سبک زندگی آنان می باشد. تغذیه ناسالم، کم تحرکی، مصرف دخانیات و بسیاری از رفتارهای مخاطره آمیز نه تنها بر میزان امید به زندگی افراد تاثیر می گذارند، بلکه کیفیت زندگی را نیز تحت الشعاع خود قرار می دهند. در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت آمده است: "سلامتی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست بلکه به معنای نداشتن هیچگونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است." بر همین مبنا سبک زندگی را می توان مجموعه ای از کنش ها و انتخاب های فردی دانست که در ارتباط با افزایش و یا کاهش سطح سلامت فرد قرار می گیرد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت بیماری هایی چون چاقی، سکته قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان از جمله شایع ترین بیماری های مزمن در جهان هستند که با شیوه زندگی ارتباط مستقیم دارند. در ایران نیز بیماری های مزمن به ویژه بیماری های قلبی-عروقی و شاخص های سندروم متابولیک از علل عمده ی مرگ و میر و ناتوانی محسوب می شوند که به نظر می رسد با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی ماشینی در آینده بر میزان اینگونه بیماری ها افزوده شود. سبک زندگی از بعد فرهنگی نیز حائز اهمیت است. چرا که سبب هویت افراد یک جامعه و در برگیرنده جنبه ی معنوی زندگی آنان نیز می باشد. با توجه به اینکه دین اسلام هم در زمینه سلامت جسم و هم در حوزه سلامت معنوی دستورالعمل های گسترده ای دارد، شایسته است که پژوهش در زمینه سبک زندگی به نگاه دین نیز توجه ویژه ای داشته باشد. همانطور که در ادامه ی این گزارش آمده است کشور فنلاند با استفاده از گردهمایی های محلی موفق شده بخش قابل توجهی از رفتارهای پرخطر مرتبط با سبک زندگی را در بین مردم اصلاح نماید. به نظر می رسد مراسم مذهبی در ایران که در طول سال بطور منظم در سراسر کشور به مناسبت های مذهبی برگزار می گردد و اقشار مختلف مردم بالخص جوانان و نوجوانان در آن شرکت می نمایند، فرصت مناسبی را برای ترویج شیوه های زندگی سالم باتوجه به الگوها و دستورالعمل های دینی در حوزه سلامت فراهم نموده است.

### بخش دوم: روند اصلاحات شیوه زندگی در سطح اتحادیه اروپا

#### ۱- بررسی وضعیت موجود.

مطالعه ی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی در بر گیرنده ی بخش های متنوعی می باشد که در این قسمت از گزارش به بررسی وضعیت موجود کشورهای عضو اتحادیه اروپا در حوزه ی تغذیه و فعالیت های فیزیکی خواهیم

پرداخت. طبق اطلاعات Eurodiet مبتنی بر پروژه ای که در ۱۹۹۸ انجام شد، حدود یک سوم مرگ و میر های زودرس در جهان در ارتباط با مشکلات تغذیه ای می باشد. هم اکنون در اتحادیه اروپا کمتر از ۱٪ کل بودجه بخش سلامت صرف افزایش سطح سلامت عمومی می شود. تقریبا در اکثر کشور های اروپایی از سال ۱۹۵۰ به بعد با افزایش قابل توجه بیماری های مزمن در بین افراد بالغ روبرو هستیم که این بیماری ها با افزایش سن تشدید می شوند. علل اصلی در اغلب بیماری های قلبی-عروقی، سکنه های مغزی، چاقی، شروع مرض قند (دیابت شیرین) در افراد بالغ، سنگ کیسه صفرا، مشکلات ناشی از کمبود ید و آهن، پوسیدگی دندان، پوکی استخوان و بسیاری از سرطان ها ناشی از مشکلات تغذیه ای و کم تحرکی است. منابع و شواهد روزافزون حاکی از آن است که فشار مشکلات ناشی از بیماری ها بر روی عموم مردم و بر روی نظام خدمات بهداشتی اروپا بطور مداوم در حال افزایش است. این مساله خصوصا در مورد جمعیت سالخوردگان که هر روز به تعداد آنها افزوده می شود قابل توجه است. به این دلیل ساده که سالهایی که این افراد در سلامت و بهروزی به سر می برند در حال افزایش نیست، بلکه دقیقا بخشی از عمر این افراد در حال افزایش است که قرار است با تحمل رنج و بیماری طی می شود. داده های بهداشت جهانی (Health for All database — HFA) نشان می دهد که از سال ۱۹۷۰ میزان کالری دریافتی از مصرف چربی در اروپا افزایش تدریجی داشته است (جدول ۱،۱،۲). (به جز کشورهای هلند، نروژ و دانمارک که با ۴۰،۱٪ بیشترین میزان مصرف چربی را در ۱۹۷۰ داشته اند.) میزان مصرف چربی در هلند و نروژ به آرامی در حال نوسان بوده و این میزان در دانمارک در سالهای بعد کاهش یافته است. طی سالهای ۱۹۷۰-۹۹ بیشترین افزایش مصرف مربوط به کشورهای اسپانیا، پرتغال و ایتالیا بوده است. نهایتا در تمام این کشورها میزان کالری دریافت شده بیش از حد مجاز بین المللی (۳۰٪) بوده است. اطلاعات Eurodiet نشان می دهد میزان کالری دریافتی از اسید های چرب غنی شده همواره در بین افرادی که میوه، سبزیجات و فیبر مصرف می کنند کمتر از دیگران است. بر اساس داده های Faostat در کل کشورهای عضو اتحادیه اروپا به جز ایتالیا، اسپانیا و یونان (که روندی معکوس را نشان می دهند)؛ چربی دریافتی از محصولات حیوانی ( بطور متوسط ۸۳ گرم چربی) بیش از محصولات گیاهی (۷۷،۶ گرم) بوده است. سه کشور مذکور بیشترین میزان مصرف روغن گیاهی را دارند و یونان و اسپانیا رکورد دار کمترین میزان مصرف چربی حیوانی می باشند. در مجموع مقایسه داده های سالهای ۱۹۹۷ تا ۹۹ افزایش مصرف چربی در اغلب کشور های اروپایی را نشان می دهد (جدول ۱،۲). میزان کالری بر فرد قابل دسترسی در هر روز از سال ۱۹۷۰ به بعد همواره بیش از حد مجاز گزارش شده است. در تمام کشورهای اروپایی به جز سوئیس در بین سالهای ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ مصرف کالری بطور متناوب افزایش یافته است. در سال ۱۹۷۰ بیشترین میزان مصرف کالری بر فرد در کشور سوئیس بوده (۳۴۸۱ کالری) و پس از آن ایرلند، ایتالیا و فرانسه قرار داشته اند و کمترین میزان مصرف نیز

مربوط به اسپانیا با (۲۷۳۳ کالری) و پس از آن سوئد و پرتغال بوده است. اما در سال ۱۹۹۹ پرتغال با (۳۷۶۸ کالری) بیشترین مصرف و پس از آن یونان، ایرلند، ایتالیا و بلژیک-لوکزامبورگ قرار داشته اند. این در حالی است که فنلاند با (۳۱۴۳ کالری) و سوئد با (۳۱۴۱ کالری) و به دنبال آنها سوئیس و هلند کمترین میزان مصرف را به خود اختصاص داده اند. در تمامی این کشورها بیشترین میزان کالری دریافتی از طریق مصرف غلات بوده است. باید گفت که بیشترین میزان مصرف مواد قندی<sup>۱</sup> به ترتیب مربوط به کشورهای ایسلند، سوئیس و دانمارک می باشد (جدول ۲،۱،۴). برخی از تحقیقات نشان می دهند که ارتباط مستقیمی بین کاهش نسبت بیماری های دندان و مصرف قند<sup>۲</sup> سالانه کمتر از ۱۸ کیلوگرم بر فرد وجود دارد. این در حالی است که مصرف قند سالانه کمتر از ۱۰ کیلوگرم بر فرد، نتایج بسیار بهتری داشته است. بر اساس داده های HFA از ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ نسبت سرانه انرژی قابل دسترس از طریق مصرف پروتئین ها بطور متناوب افزایش یافته است. البته به استثناء برخی کشورها که نوسانهایی را در این زمینه داشته اند. در سال ۱۹۷۰ در بلژیک-لوکزامبورگ ابتدا شاهد افزایش و سپس شاهد کاهش تدریجی مصرف هستیم. طبق اطلاعات Faostat در تمامی کشورها محصولات حیوانی پروتئین بیشتری را نسبت به محصولات گیاهی تامین نموده اند گرچه در کل اتحادیه اروپا بیشترین میزان تولید پروتئین به ترتیب مربوط محصولات گوشتی، غلات و لبنیات می باشد. بیشترین نسبت سرانه پروتئین قابل دسترس در پرتغال با (۱۲۰،۷ گرم) و کمترین آن در سوئیس با تنها (۸۸،۶ گرم) گزارش شده است.

### ۲- مداخلات بهبود دهنده.

در سپتامبر ۲۰۰۰ دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا برنامه عملیاتی<sup>۳</sup> اول خود (۲۰۰۵-۲۰۰۰) را در زمینه سیاست های تغذیه ای به اجرا گذاشت. هرچند در آن زمان تمامی دولت های عضو اتحادیه اروپا سیاست هایی را در زمینه امنیت غذایی اتخاذ نمودند اما روند بیماری های ناشی از مشکلات تغذیه ای در منطقه در سالهای بعد همچنان رو به افزایش بوده است. در ۲۰۰۲ مشکلات تغذیه ای، علت اصلی ۴،۶٪ کل بیماری ها در منطقه عنوان شده است<sup>۴</sup>. مشکلات ناشی از چاقی علت افزایش ۷ تا ۸ درصدی سال های عمر تطبیق شده با ناتوانی<sup>۵</sup> گزارش شده در حالی که دو سوم جمعیت اروپا از تحرک کافی برخوردار نبوده

<sup>1</sup> sweeteners

<sup>2</sup> sucrose

<sup>3</sup> Action plan

<sup>4</sup> The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).

<sup>5</sup> DALYs

و این امر نیز ۳,۳٪ به سال های عمر تطبیق شده با ناتوانی می افزاید.<sup>۶</sup> دومین برنامه ی عملیاتی تغذیه اروپا (۲۰۱۲-۲۰۰۷) با تمرکز بر بیماری های غیرواگیر ناشی از مشکلات تغذیه ای (خصوصا چاقی)، کمبود ریز مغذی ها و بیماری های مبتنی بر غذا<sup>۷</sup> می پردازد. مداخلات و سیاست های اتخاذ شده متمرکز بر پیشینه سازی سطح سلامت عمومی و بررسی مخاطرات و فواید مصرف مواد غذایی فعلی و همچنین محصولات جدید می باشد. این اقدامات در کنار برنامه ی استراتژیک میان برد WHO (۲۰۱۳-۲۰۰۸) قرار می گیرد.<sup>۸</sup> به منظور دسترسی به اهداف سلامت مورد نظر، هدفگذاری تغذیه ای باید منطبق با توصیه های FAO/WHO تنظیم شود. در مورد دومین برنامه ی عملیاتی تغذیه در اروپا می توان به اقدامات زیر اشاره نمود:

### حوزه های عملیاتی

#### حوزه ی ۱. تدارک یک شروع سالم

۱. ترویج تغذیه بهینه در دوران بارداری
۲. ارتقاء، ترویج و حمایت از تغذیه با شیرمادر و ارائه به موقع، دقیق و امن تغذیه مکمل نوزادان و کودکان.
۳. ترویج و گسترش تغذیه در مقاطع دبستانی و پیش دبستانی و اتخاذ سیاست های مبتنی بر توسعه ی امنیت غذایی.

#### حوزه ی ۲. تضمین راهکاری مطمئن، سالم و با ثبات برای تامین مواد غذایی

۱. افزایش قدرت خرید و امکان دسترسی به میوه و سبزیجات سالم
۲. ترویج و گسترش اقدامات اصلاحی در فرمولاسیون و روند اصلی تولید محصولات غذایی
۳. تقویت ریز مغذی های مواد غذایی اصلی و تولید غذاهای مکمل با ترکیبات ریز مغذی کافی
۴. بهبود سطح کیفی عرضه مواد غذایی و همچنین افزایش امنیت غذایی در نهادهای عمومی
۵. حصول اطمینان از تطابق جنبه های تجاری محصولات غذایی با دستورالعمل های راهبردی مرتبط با تغذیه.
۶. بررسی تاثیر ابزارهای اقتصادی (مالیات، یارانه)
۷. طرح ریزی برنامه های هدفمند به منظور حمایت از اقشار آسیب پذیر
۸. استقرار نظام بین سازمانی امنیت غذایی بارویکرد "غذای سالم؛ از تولید تا مصرف" مطابق با مقررات تحلیل مخاطرات تغذیه ای

#### حوزه ی ۳. تهیه طرح های جامع اطلاعاتی - آموزشی برای مصرف کنندگان

۱. ترویج و انتشار دستور العمل های رژیم غذایی سالم

<sup>۶</sup> European Opinion Research Group. Special Eurobarometer: physical activity. Brussels, Commission of the European Communities, 2003.

<sup>۷</sup> foodborne diseases

<sup>۸</sup> Medium-Term Strategic Plan 2008-2013 and Proposed Programme Budget 2008-2009. Geneva, World Health Organization, 2007 (document A/MTSP/2008-2013 and PB/2008-2009, [http://www.who.int/gb/e/e\\_amtsp.html](http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html)).

۲. برگزاری گردهمایی های عمومی با هدف اطلاع رسانی صحیح به مصرف کنندگان.
۳. تضمین تطابق فعالیت های تجاری با قوانین و استانداردهای سلامت محصولات.
۴. ترویج درج اطلاعات بر روی برچسب محصول، متناسب با محتوی مواد غذایی

### حوزه ی ۴. انجام اقدامات یکپارچه به منظور اصلاح عوامل تعیین کننده و تاثیرگذار

۱. زمینه سازی و افزایش امکان پرداختن به فعالیت های ورزشی
۲. تامین ملزومات کافی برای دسترسی به آب آشامیدنی سالم
۳. کاهش آلودگی های محیطی در زنجیره غذایی

### حوزه ی ۵. افزایش امنیت غذایی در بخش های مرتبط با حوزه سلامت

۱. ارائه مشاوره در مورد تغذیه، فعالیت های فیزیکی و امنیت غذایی و نیز ارزیابی وضعیت تغذیه افراد توسط کادر مراقبت های بهداشتی اولیه.
۲. بهبود استاندارد ارائه خدمات غذایی به منظور پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری های ناشی از تغذیه
۳. بهبود کیفیت خدمات غذایی و همچنین افزایش امنیت غذایی در بیمارستان ها

### حوزه ی ۶. نظارت، ارزیابی و تحقیق

۱. ایجاد نظام نظارت ملی و بین المللی بر روی وضعیت تغذیه، میزان مصرف و دسترسی به غذا و نیز زمینه های فعالیت فیزیکی
۲. ایجاد نظام نظارت بر بیماری های ناشی از غذا و ایجاد سیستم نظارت و کنترل بر مخاطرات میکروبی و شیمیایی در نقاط مختلف زنجیره غذایی
۳. ارزیابی تاثیر نهایی برنامه ها و سیاست های اجرا شده
۴. گسترش پژوهش و تحقیقات در بخش دولتی و خصوصی

## ۳- مسئولیت نهادهای مربوطه و راهکارهای پیشنهادی.

تعهد کل بخش های دولت برای اجرای این طرح ضروری است. اولین ضرورت اجرایی شامل برنامه ریزی، نظارت و ارزیابی سیاست های جامع غذایی می باشد. یک سیاست گذاری موفق علاوه بر تعهد بالاترین دستگاه های دولتی نیازمند هماهنگی های موثر در سطح ملی به منظور تضمین همکاری کامل تمامی سازمانهای دولتی مربوطه است. از جمله اقدامات موثر در این زمینه می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- بخش کشاورزی، ماهیگیری و صنایع غذایی باید اهداف سلامت غذایی و بهداشت عمومی را در تولید اولیه، پروسه تولید، توزیع و فعالیت های خرده فروشی مد نظر قرار دهد؛ همچنین می باید زیرساخت های خوبی را ایجاد نماید و خدمات مناسبی را ارائه دهد؛ مقررات وضع نماید و همکاری بین بخشهای خصوصی و نمایندگان دولتی را تسهیل نماید .

## بررسی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

- حمایت از مصرف کنندگان باید اطمینان حاصل کند که اطلاعات کافی در اختیار مصرف کنندگان قرار دارد و سیستم مناسبی وجود دارد که به ارزیابی، مدیریت و اطلاع رسانی در مورد مواد غذایی آلوده می پردازد.
- آموزش باید تضمین کند که مدارس در انتخاب، مصرف مواد غذایی، سلامت مواد غذایی و رفتارهای مرتبط با فعالیت های بدنی بسیار اثرگذار می باشند.
- ورزش باید دسترسی به امکانات ورزشی را تضمین نماید.
- بخش حمل و نقل، برنامه ریزی شهری و شهرسازی باید نسبت به در دسترس بودن مواد غذایی سالم اطمینان حاصل کند و شرایطی را ایجاد نماید که امکان پیاده روی و دوچرخه سواری برای مردم فراهم باشد.
- محیط زیست باید منابعی را برای تفریحات مردم اختصاص دهد و آب آشامیدنی سالم را در اختیار مردم قرار دهد.
- امکانات شغلی باید بگونه ای باشد که امکان مرخصی زایمان و مرخصی دوران شیردهی وجود داشته باشد. همچنین عادات غذایی سالم و فعالیت های بدنی در محیط اداری باید ارتقاء یابد.
- سیاست اجتماعی باید به مزایای اجتماعی بهبود تامین غذای افراد آسیب دیده توجه کند و همچنین باید دسترسی مردم به امکانات تفریحی و سرگرمی را مورد توجه قرار دهد.
- تحقیقات باید به تشخیص و فهم بهتر رابطه بین تغذیه، غذای سالم، شیوه زندگی و بروز بیماری ها کمک نماید. همچنین باید نسبت به ریسک فاکتورها و عوامل خطر اطلاع رسانی نماید و نیز به بیان شواهد مربوط به سیاست ها و مداخلات بپردازد.
- مقامات و مسئولین محلی و منطقه ای در تضمین دسترسی به مواد غذایی سالم، ارتقاء شیوه های زندگی سالم از قبیل تفریحات در فضای باز برای مردم بویژه افراد آسیب پذیر و همچنین فراهم نمودن محیط مناسب برای انجام فعالیت های ورزشی نقش مهمی دارند.

### راهکارهای اجرایی طرح:

- مرحله اول: تدوین یا تقویت مکانیسم دولتی بین بخشی در مورد سیاست های غذایی
- مرحله دوم: اصلاح برنامه های عملیاتی و سیاست های فعلی در مورد تغذیه
- مرحله سوم: اولویت بندی در اجرای برنامه های مشخص
- مرحله چهارم: عملیاتی کردن برنامه ها از طریق ترکیب سیاست های کلان، چارچوبهای نظارتی (قوانین، مقررات، دستورات، معاهدات) و برنامه های مالی
- مرحله پنجم: ایجاد ارتباط و همکاری بین بخش های مختلف
- مرحله ششم: نظارت بر اجراء و مسئولیت ها.

بخش سوم: ۴ دهه تجربه موفق در فنلاند با هدف اصلاحات جامعه محور<sup>۹</sup> در الگوی زندگی و

پیشگیری از بیماری های غیر واگیر.

کشور فنلاند در دهه ۷۰ یکی از بالاترین نرخ های مرگ و میر را از نظر بیماریهای ایسکمیک قلبی به خود اختصاص

جدول ۲: نتایج مصاحبه با گروه های هدف

گروه هدف	(%) گاهی اوقات	(%) اغلب
خانواده	41	43
همسایگان	60	18
محل کار	31	16
بستگان	48	20
دوستان	46	18
گردهمایی در NGO ها	28	13
مغازه داران	27	8
رسانه	15	0

می داده که با سیاست گذاری ها و اصلاحاتی که خصوصا در حوزه سبک زندگی انجام داده توانسته است این روند را کنترل نماید. در همین زمینه پروژه ای جامع در منطقه ی North Karelia فنلاند صورت گرفته که در ادامه به اصلاحاتی خواهیم پرداخت که در شیوه زندگی مردم این منطقه به منظور برخورداری از سطح بالاتری از سلامت صورت گرفته است. در این میان نقش نهادهای غیر دولتی و NGO ها از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است. این نهاد ها از سال ۱۹۷۲ اقدام به همکاری های گسترده با پروژه مذکور

نموده اند. از جمله می توان به فعالیت صدها کلویی اشاره کرد که در زمینه اصلاح الگوی مصرف همواره توصیه ها و راهکارهایی را

جدول ۳: میزان تغییرات کلسترول در مسابقات سال ۱۹۹۱

روستا	شاخص	% تغییرات
1	5.9	-10.8
2	5.8	-9.2
3	5.9	-8.9
4	5.9	-6.8
5	6.0	-4.0
6	5.7	-2.3
7	5.7	+1.4
میانگین	5.8	5.8

در اختیار اعضای خود که بالغ بر هزاران نفر می شوند قرار داده اند. همچنین گردهمایی هایی در همین زمینه اجرا شده است. به عنوان مثال در سالهای ۷۷- ۱۹۷۶ تجمع هایی با عنوان "میهمانی های طول عمر"<sup>۱۰</sup> و نیز در اوایل دهه ۹۰ نشست هایی با موضوع "شبهای قلب شاد"<sup>۱۱</sup> در منطقه کارلیا برگزار شده است. از دیگر اقدامات انجام شده می توان به برگزاری مسابقات محلی برای کاهش کلسترول اشاره نمود. مدت این مسابقات ۲ ماه و جایزه ی ۲۰۰۰ یورو ای برای گروه برنده در نظر گرفته شده بود. در ۱۹۹۱ مسابقات بین ۷ روستا با جمعیت بین ۱۰۵ تا ۲۱۰ نفر برگزار شد (جدول ۳). در ۱۹۹۷ نیز بین ۱۶

روستا با جمعیت بین ۸۵-۴۲۰ نفر. نتایج اقدامات انجام شده در کارلیا شمالی بسیار قابل توجه است. پیروی از راهکارهای شیوه

<sup>9</sup> Community-based

<sup>10</sup> Parties for longlife

<sup>11</sup> Evenings of Happy Heart

زندگی سالم نه تنها بر کاهش کلسترول بلکه در اصلاح بسیاری دیگر از الگوهای رفتاری موثر بوده است. همانطور که در (نمودار ۱) مشاهده می شود میزان مصرف دخانیات در کل کشور بین سالهای ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰ کاهش چشم گیری داشته است. اما با توجه به (نمودار ۳) مشاهده می شود در حالی که کارلیا شمالی در دهه ۷۰ بالاترین نرخ مصرف دخانیات در بین مردان در کشور فنلاند را به خود اختصاص می داده در سال ۲۰۰۰ در نسبت با دیگر شهرهای فنلاند پایین ترین میزان مصرف دخانیات را داشته است که این حاکی از تاثیر برنامه های اجرا شده در این منطقه می باشد. همچنین اصلاح الگوی مصرف در مورد نوشیدن شیر کم چرب در قیاس با مصرف دیگر محصولات لبنی نیز از موفقیت ویژه ای برخوردار بوده است. همانطور که در (نمودار ۴) مشخص شده است سرانه مصرف شیر کم چرب در این منطقه در دهه ۷۰ کمتر از ۲۰ کیلوگرم و سرانه مصرف کل محصولات لبنی در زمان مشابه بیش از ۱۲۰ کیلوگرم بوده است. این در حالی است که الگوی مصرف در سال ۲۰۰۰ کاملاً تغییر کرده بطوری که سرانه مصرف شیر کم چرب به ۸۰ کیلوگرم و سایر محصولات لبنی به کمتر از ۲۰ کیلوگرم تغییر یافته است (نمودار ۵). تغییرات در سایر عادات غذایی بین سالهای ۱۹۷۸-۲۰۰۰ در فنلاند را نشان می دهد. طی این زمان مصرف روزانه ی سبزیجات و شیر کم چرب حدوداً افزایش دو برابری داشته است. در مقابل میزان استفاده از لبنیات پرچرب از جمله کره از ۶۰ کیلوگرم به کمتر از ۱۰ کیلو گرم کاهش یافته است. در نتیجه این اقدامات می توان انتظار کاهش بیماری های قلبی-عروقی را داشت. (نمودار ۶) میزان کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی-عروقی در بین مردان ۳۵ تا ۶۴ ساله را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود نتایج حاصله بسیار بهتر از پیش بینی ها بوده است. اما نتایج نهایی تغییر الگوهای زندگی در کارلیا را می توان در (جدول ۴) مشاهده نمود. این جدول میزان تغییرات در مرگ و میر این منطقه از اوایل دهه ۷۰ تا سال ۲۰۰۶ را نشان می دهد. میزان کلی مرگ و میر (بدون در نظر گرفتن علت بیماری) کاهش ۶۲٪ را نشان می دهد. این در حالی است که بیشترین میزان کاهش مرگ و میر مربوط به بیماری های کرونری قلب (با ۸۵٪ کاهش) و همچنین سرطان ریه (با ۸۰٪ کاهش) می باشد. در نهایت پیشنهادها و راهکارهای اجرایی با توجه به هزینه مورد نیاز و میزان تاثیر گذاری آن در سطح سلامت عمومی به تفکیک در (جدول ۵) در ضمیمه همین گزارش آمده است. بر اساس داده های این جدول یکی از بهترین راهکارها برای کاهش مصرف مواد پرخطر؛ افزایش میزان مالیات این محصولات می باشد. همچنین از دیگر راهکارهای بسیار موثر و کم هزینه اختصاص یارانه به میوه و سبزیجات است که می تواند از محل افزایش مالیات محصولات غذایی پر چرب تامین شود. کاهش نمک دریافتی نیز می تواند در افزایش سطح سلامت عمومی بسیار تاثیر گذار باشد.



درسهایی که می توان از تجربیات موفق در فنلاند گرفت:

### درس های آموخته شده ۱

- پیشگیری از بیماری های مزمن اصلی، امکان پذیر و با صرفه است.
- پیشگیری مبتنی بر جامعه تنها رویکرد بهداشت عمومی است که برای کنترل بیماری های مزمن هم مقرون به صرفه است و هم می تواند تداوم یابد.
- لازمه پیشگیری از بسیاری از بیماری ها، اندکی تغییر در شیوه های زندگی است. (اقدامات در سطوح شخصی، خانوادگی، جامعه، ملی و جهانی)
- بسیاری از نتایج حاصله از پیشگیری، در کمال تعجب بسرعت اتفاق می افتد. (بیماری های قلبی عروقی، دیابت ها)
- چارچوب رفتاری و اپیدمیولوژیک مناسب

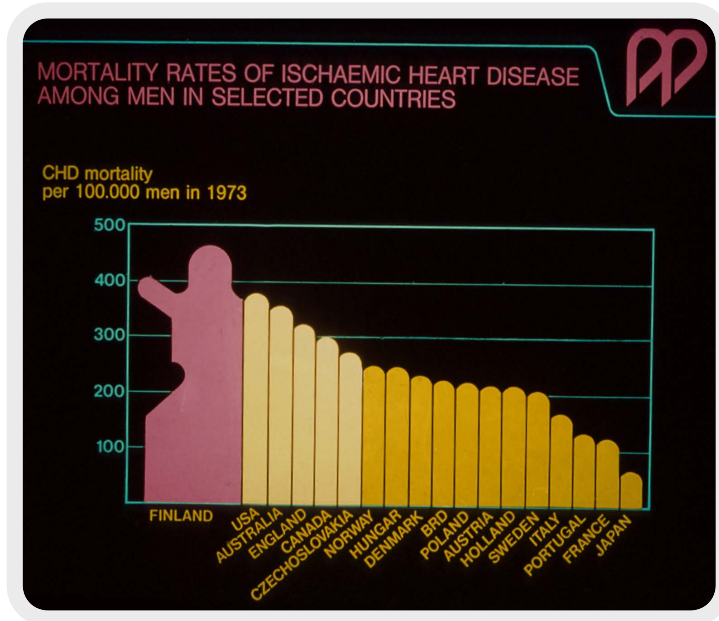
### درسهای آموخته شده ۲

- داشتن اهداف مشخص و محدود
- نظارت مناسب بر اهداف زود بازده (رفتارها و پروسه ها) و بازخورد آنها بر جامعه
- تاکید بر تغییرات محیطی و هنجارهای اجتماعی
- تعامل نزدیک با جامعه
- تعامل با رسانه های جمعی
- تعامل نزدیک با سیاست های بهداشتی ملی و همکاری با موسسات بهداشت عمومی ملی

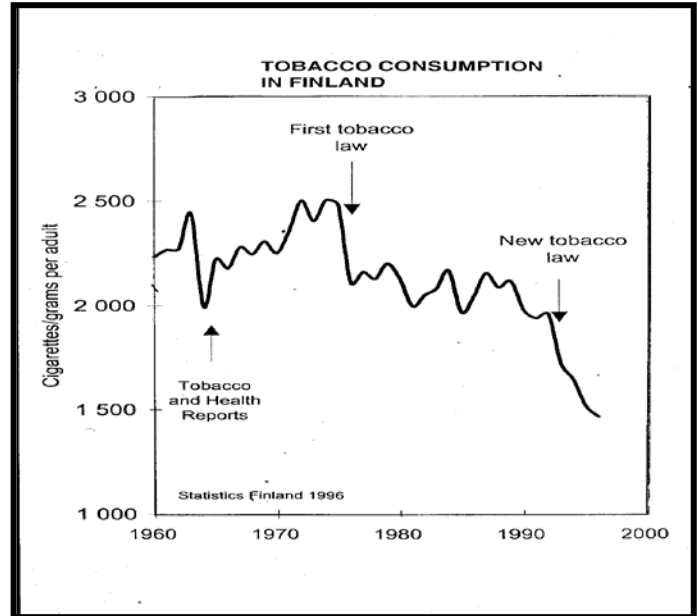
### درسهای آموخته شده ۳

- انجام اقدامات جامع، همکاری گسترده با سطوح مدیریتی مسئول و حمایت از سیاست های دولتی امری ضروری است.
- برنامه زمانی طولانی مدت و بودجه همیشگی مورد نیاز می باشد. خروجی های مشهود نیاز به ورودی های مشهود دارد.

نمودار ۲: نسبت مرگ و میر بر اثر بیماری های ایسکمیک قلبی در مردان در کشورهای منتخب



نمودار ۱: میزان مصرف دخانیات در فنلاند



جدول ۱

جدول ۴: تغییرات مرگ و میر در کارلیا شمالی از سال ۱۹۶۹-۷۱ تا ۲۰۰۶ بین مردان ۳۵ تا ۶۴ سال

منبع: North Karelia project evaluation and FINMONICA and the National FINRISK Studies 1972 - 2007

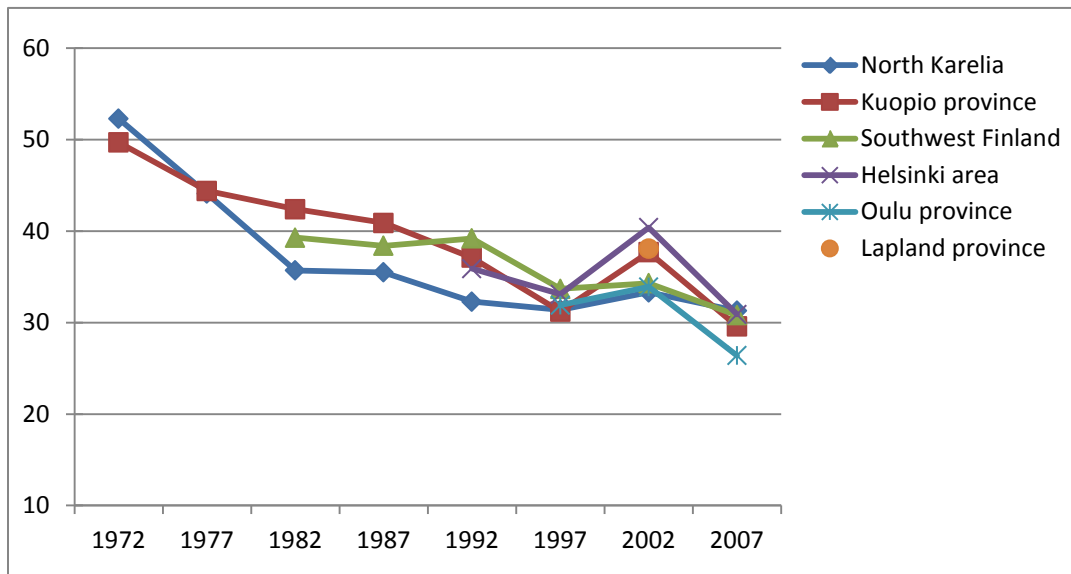
نسبت (۱۰۰,۰۰۰ نفر)		تغییرات از		
۱۹۶۹-۷۱	۲۰۰۶	۱۹۶۹-۷۱	تا ۲۰۰۶	
1509	572	- 62%		همه ی علل
855	182	- 79%		همه ی بیماری های قلبی عروقی
672	103	- 85%		بیماری های کرونری قلبی
271	96	- 65%		همه سرطان ها
147	30	- 80%		سرطان های ریوی

شاخص مواد مغذی دریافتی در میان مردم

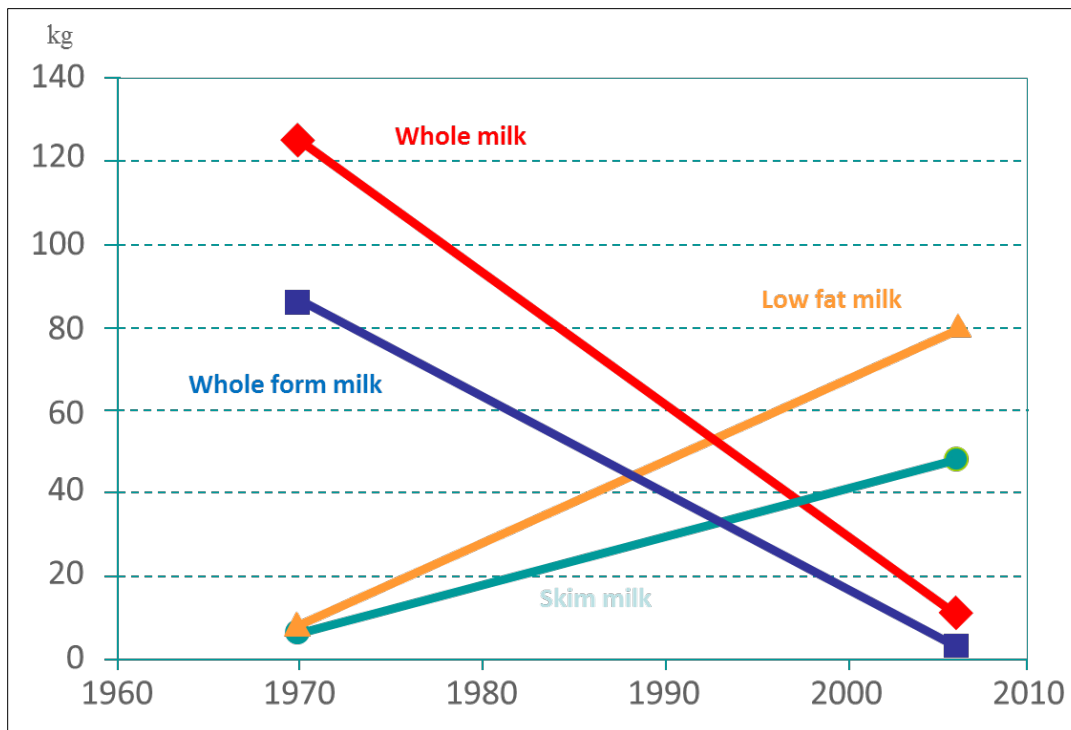
15-30 % energy	کل چربی ها
< 7 % energy	اسیدهای چرب اشباع (SFAs)
6-10 % energy	اسید های چرب چند غیر اشباع (PUFAs)
5-8 % energy	اسید های چرب چند غیر اشباع n-6 (PUFAs)
1-2 % energy	اسید های چرب چند غیر اشباع n-3 (PUFAs)
< 1 % energy	اسید های چرب ترانس غیر اشباع (trans FAs)
دیگر چربی ها	اسید چرب تک غیر اشباع (MUFAs)
55-75 % energy	کل کربوهیدرات ها
< 10 % energy	Free sugars
10-15 % energy	پروتئین
< 300 mg/d	کلسترول
5 g/d (< 2 g/d)	کلرید سدیم
> 400 g/d	میوه و سبزیجات
منبع: Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.	

## بررسی دستاوردهای موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

نمودار ۳: میزان مصرف سیگار در مردان در شهرهای مختلف فنلاند (۳۰ تا ۵۹ ساله)  
منبع: North Karelia project evaluation and FINMONICA and the National FINRISK Studies 1972 - 2007



نمودار ۴: سرانه مصرف انواع شیر در فنلاند از ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۶ (کیلوگرم بر نفر)  
منبع: North Karelia project evaluation and FINMONICA and the National FINRISK Studies 1972 - 2007

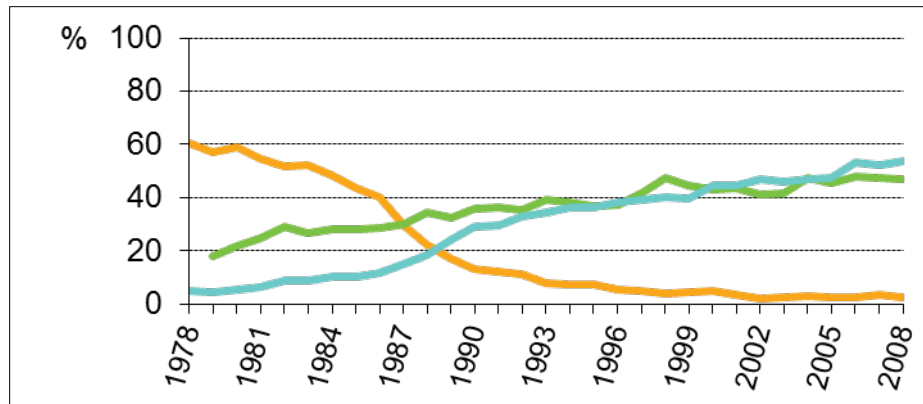


شیر بدون چربی ■ شیر کامل ■ شیر دست نخورده ■ شیر کم چرب ■

## بررسی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

نمودار ۵: تغییر در عادات غذایی مردم فنلاند

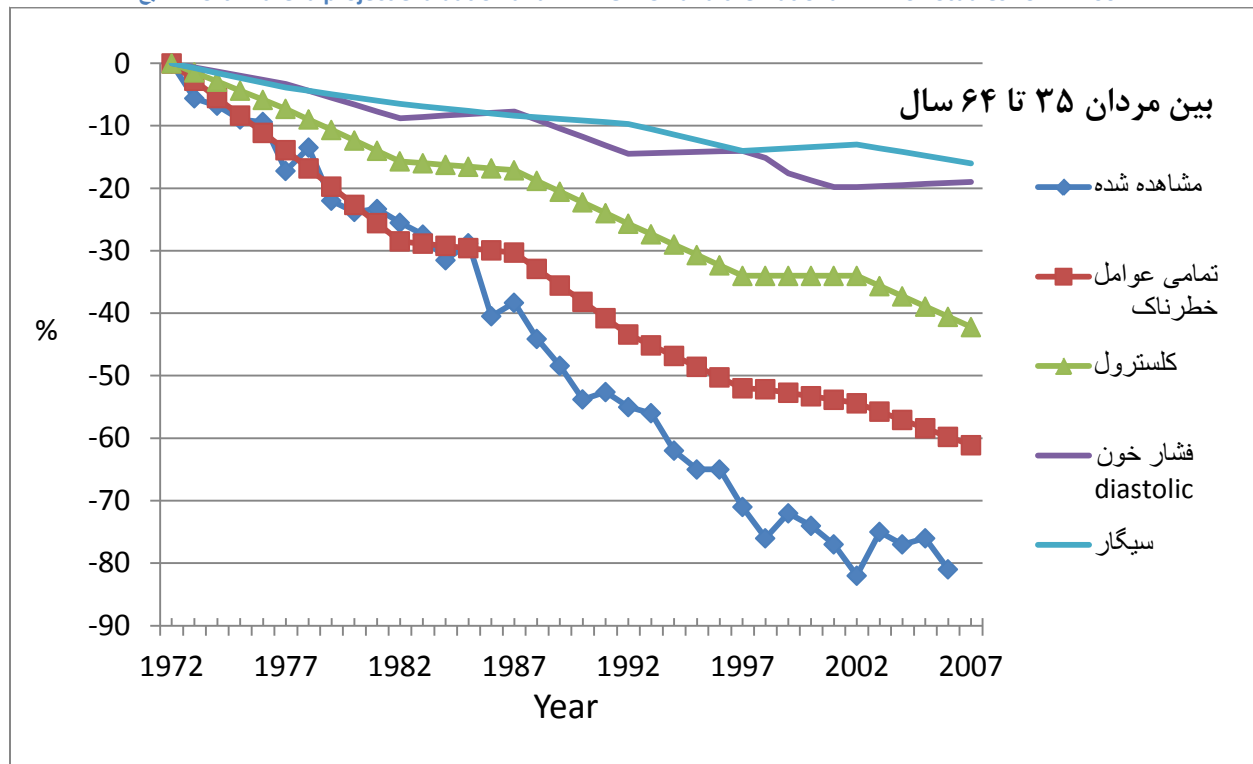
منبع: North Karelia project evaluation and FINMONICA and the National FINRISK Studies 1972 - 2007



نان و کره  
مصرف روزانه سبزیجات  
شیر بدون چربی<sup>۱۲</sup>

نمودار ۶: پیش بینی و مشاهده میزان کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی- عروقی در مردان.

منبع: North Karelia project evaluation and FINMONICA and the National FINRISK Studies 1972 - 2007



<sup>12</sup> Skimmed milk

## بررسی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

جدول ۵: تاثیر و میزان مقرون به صرفه بودن مداخلات  
منبع: سازمان بهداشت جهانی

	بیماری ها و عوامل مخاطره آمیز	مداخلات	هزینه های اجرایی بر نفر 1\$ < = کم بر نفر 2\$ > = زیاد	تاثیر بر سلامت DALYs <sup>۱۳</sup> بر یک میلیون نفر کم < = ۱۰۰ زیاد > = ۱۰۰۰	میزان مقرون به صرفه بودن (I\$ per DALY) سرانه GDP < = زیاد سرانه GDP * 1-3 = متوسط
عوامل مخاطره آمیز	مصرف دخانیات	وضع مالیات بر محصولات دخانی	کم	زیاد	بسیار مقرون به صرفه
		ممنوعیت کشیدن سیگار در محیط کار	کم	متوسط	تقریبا مقرون به صرفه
		اطلاع رسانی در مورد مخاطرات مصرف دخانیات در بسته بندی و بر روی برچسب	کم	متوسط	بسیار مقرون به صرفه
		ممنوعیت تبلیغات	کم	متوسط	بسیار مقرون به صرفه
	تغذیه ناسالم و بی تحرکی	کاهش نمک دریافتی	کم	زیاد	بسیار مقرون به صرفه
		افزایش مالیات غذاهای چرب و پرداخت یارانه برای میوه و سبزی	کم	متوسط	بسیار مقرون به صرفه
مشاوره پزشکی		زیاد	زیاد	تقریبا مقرون به صرفه	
بیماری های غیر واگیر	دیابت ها	کنترل قند خون	زیاد	زیاد	تقریبا مقرون به صرفه
	بیماری های قلبی عروقی	درمان دارویی فشار خون	کم	زیاد	بسیار مقرون به صرفه
	سرطان	درمان سرطان پستان - مرحله اول	کم	متوسط	بسیار مقرون به صرفه
		انجام آزمایش PAP smear و درمان سرطان دهانه رحم	کم	متوسط	بسیار مقرون به صرفه
	اختلالات تنفسی	استفاده از داروهای استنشاقی Inhaled corticosteroids برای آسم	کم	کم	تقریبا مقرون به صرفه

۱۳ سالهای عمر طی شده با ناتوانی

## بررسی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

۱،۱،۲- کل کالری در دسترس بصورت چربی موجود در مواد غذایی مصرفی<sup>(۱)</sup> روزانه

	EU-15	B <sup>(۲)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	34.3	36.9	40.1	36.4	31.0	29.3	34.5	32.6	29.3
1975	34.9	36.8	38.7	36.2	32.7	30.8	36.2	33.0	30.7
1980	36.3	38.0	39.6	36.7	34.9	33.0	39.4	35.8	32.3
1985	37.2	39.6	37.1	36.6	35.4	35.5	39.8	35.4	36.2
1990	38.4	39.5	37.8	38.4	35.3	38.0	41.4	33.6	37.9
1991	38.5	39.9	36.6	38.4	35.9	39.0	41.6	33.5	37.7
1992	38.6	39.1	38.3	38.1	36.4	39.3	41.8	33.1	36.8
1993	38.7	39.7	37.1	38.5	35.8	39.5	41.7	33.0	37.5
1994	38.6	40.3	36.4	38.3	36.1	39.0	41.8	32.6	37.9
1995	38.8	40.5	36.8	37.8	37.1	39.3	41.8	32.6	37.6
1996	38.9	40.1	36.5	39.1	37.2	39.2	41.5	32.0	37.4
1997	39.2	39.6	34.8	40.2	37.7	39.6	42.0	33.8	37.6
1998	39.2	39.5	35.2	39.1	37.8	40.7	41.7	33.5	38.1
1999	39.0	:	35.4	38.8	36.9	40.5	41.4	33.6	37.8

(۱) طبق توصیه بسیاری از نهادهای رسمی غذایی؛ چربی دریافتی نباید از ۳۰-۳۳٪ از کل کالری دریافتی تجاوز نماید.

(۲) شامل لوکزامبورگ.

منبع: World Health Organisation/Europe, Health for All database

۲،۱،۲- متوسط سرانه مصرف روزانه چربی به تفکیک نوع مواد غذایی در ۱۹۹۹

	EU-15	B <sup>(۱)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL
چربی دریافتی در روز	149.8	159.1	130.4	146.9	151.3	150.7	164.6	136.3
محصولات گیاهی	66.7	68.6	29.4	62.0	94.1	87.7	55.9	47.7
غلات	3.5	2.9	3.2	3.3	4.3	2.8	3.7	3.4
نشاسته	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
شیرین کننده ها	:	:	:	:	:	:	:	:
حبوبات	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.4	0.1	0.1
خشکبار	2.6	3.1	2.7	3.2	4.7	3.7	2.1	0.5
محصولات روغنی	2.2	1.4	0.7	2.4	4.2	3.0	1.9	2.0
روغن گیاهی	54.8	59.1	17.3	48.3	76.5	75.0	44.9	38.6
سبزیجات	0.7	0.8	0.7	0.5	1.5	0.8	0.7	0.5
میوه	0.8	0.7	0.8	0.8	1.0	0.9	0.8	0.4
محرک ها (چای، قهوه)	1.7	0.1	3.4	3.1	1.3	0.7	1.6	1.9
ادویه جات	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2
نوشیدنی های الکلی	:	:	:	:	:	:	:	:
محصولات حیوانی	83.0	90.5	101.0	85.0	57.1	63.1	108.6	88.5
گوشت	33.3	21.3	31.6	27.9	23.3	33.8	45.1	33.9
فرآورده های فرعی گوشتی	0.4	0.8	0.1	0.4	0.4	0.4	0.8	1.6
روغن حیوانی	25.0	46.4	49.2	36.9	4.5	7.0	32.7	25.7
لبنیات (بجز کره)	19.4	16.1	14.1	15.4	24.9	15.5	24.2	24.3
تخم مرغ	3.4	3.9	4.2	3.3	2.8	3.8	4.3	1.9
شیرلات	1.5	1.9	1.9	1.1	1.2	2.5	1.5	1.2

(۱) شامل لوکزامبورگ.

منبع: Faostat database, Food and Agriculture Organisation

## بررسی دستاورد های موفق دیگر کشورها در بهبود سبک زندگی

۳،۱،۲- متوسط کالری دریافتی روزانه

	EU-15	B (')	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	3 185	3 125	3 157	3 166	3 137	2 733	3 300	3 445	3 422
1975	3 177	3 167	2 988	3 161	3 335	2 990	3 246	3 496	3 364
1980	3 279	3 302	3 127	3 338	3 215	3 062	3 375	3 663	3 585
1985	3 333	3 439	3 165	3 464	3 507	3 120	3 498	3 604	3 411
1990	3 376	3 531	3 172	3 317	3 531	3 267	3 506	3 625	3 572
1991	3 423	3 571	3 251	3 430	3 571	3 338	3 538	3 616	3 628
1992	3 446	3 653	3 328	3 478	3 630	3 363	3 546	3 637	3 525
1993	3 380	3 589	3 308	3 329	3 523	3 304	3 535	3 613	3 457
1994	3 374	3 599	3 285	3 345	3 650	3 313	3 517	3 557	3 450
1995	3 378	3 584	3 333	3 397	3 608	3 249	3 536	3 552	3 493
1996	3 404	3 602	3 325	3 401	3 593	3 305	3 511	3 555	3 514
1997	3 413	3 619	3 407	3 382	3 649	3 310	3 518	3 565	3 507
1998	3 439	3 610	3 434	3 418	3 643	3 342	3 560	3 640	3 601
1999	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629

برای اغلب کشورها RDA<sup>۱۴</sup> حدود ۲۹۰۰ کیلوکالری پیشنهاد شده است.

(۱) شامل لوکزامبورگ.

منبع: Faostat database, Food and Agriculture Organisation.

۴،۱،۲- متوسط سرانه دریافت روزانه کالری به تفکیک نوع مواد غذایی در ۱۹۹۹

	EU-15	B-L	DK	D	EL	E	F	IRL	I
کالری دریافتی در روز	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629
محصولات گیاهی	2 380	2 483	2 089	2 344	2 860	2 425	2 221	2 454	2 692
غلات	849	758	770	778	1062	736	867	955	1152
نشاسته	141	193	126	142	130	157	120	214	70
شیرین کننده ها	374	472	499	414	308	300	385	456	302
حبوبات	36	22	9	18	46	53	20	18	56
خشکبار	29	33	29	34	55	41	24	5	40
محصولات روغنی	26	16	8	31	43	32	21	22	13
روغن گیاهی	485	523	153	427	677	664	397	342	630
سبزیجات	83	133	78	54	165	106	86	61	105
میوه	126	121	119	137	203	136	81	77	163
محرک ها (چای، قهوه)	27	9	52	44	20	14	26	26	14
ادویه جات	4	4	7	4	3	3	3	5	1
نوشیدنی های الکلی	197	199	237	259	130	182	188	273	141
محصولات حیوانی	1 082	1 141	1 229	1 067	829	929	1 353	1 195	937
گوشت	429	308	432	368	330	461	552	447	407
فراورده های فرعی	15	25	3	13	13	13	30	59	12
روغن حیوانی	226	420	446	334	41	63	294	234	151
لبنیات (بجز کره)	321	292	241	279	362	259	373	399	276
تخم مرغ	49	56	59	47	40	54	62	27	50
شیرلات	42	40	47	27	44	78	42	29	41

منبع: Faostat database, Food and Agriculture Organisation.

<sup>14</sup> The recommended dietary allowance (RDA)