



بررسی راهکارهای زندگی سالم عاری از دخانیات

نویسندگان:

دکتر محمدرضا مسجدی، قائم مقام ریاست مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری

دکتر مریم محسنی، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر غلامرضا حیدری، رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری

میزان تقریبی مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات حدود ۶ میلیون در سال می باشد که این تعداد مرگ، بیش از مجموع مرگهای منتسب به سل، ایدز و مالاریاست و انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ این رقم سالانه به بیش از ۸ میلیون نفر برسد. متأسفانه بیش از ۸۰٪ این مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و این همه گیری در کشورهایی با رشد اقتصادی کمتر در گروه سنی نوجوانان و گروه جنسی زنان، به میزان بیشتری مشاهده میشود.^۱ این در حالیست که کشورهای کم درآمد با توجه به محدودیت منابع مالی به هیچ عنوان قادر به پاسخ گویی به مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از استعمال دخانیات، نیستند.

در سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی ۶ اقدام اساسی هزینه اثربخش مبتنی بر شواهد را برای کنترل مصرف دخانیات با عنوان MPOWER ارائه داد تا کشورها بر آن اساس اقدامات عملی خود را جهت دهی نمایند.^۲ بسته پیشنهادی MPOWER دارای ۶ جزء اصلی شامل: **MONITOR**: با هدف ارزیابی مصرف دخانیات و آثار و عوارض آن، **PROTECT**: مصون داشتن مردم از مصرف دخانیات شامل وضع قوانین مکانهای عاری از دود، **OFFER HELP TO QUIT**: کمک به افراد سیگاری برای ترک سیگار و تبیین برنامه هایی با هزینه کم و مداخلات موثر برای سیگاری هایی که مایل به ترک سیگار هستند، **WARN**: هشدار به مردم در مورد دخانیات با هدف تغییر نگرش بخصوص جوانان و نوجوانان نسبت به خطرات سیگار، **ENFORCE**: ممنوعیت تبلیغات دخانیات با تاکید بر ممنوعیت کامل تبلیغات و نهایتاً **RAISE TAX**: افزایش مالیات بر دخانیات، می باشد.

این ۶ سیاست دارای دو رویکرد اساسی جهت اجرایی شدن است (۱) تبیین قوانین دولتی که اجرای آن نهایتاً منجر به کاهش میزان مصرف در سطح جامعه می شود (۲) تعیین راهکارهایی که منجر به تغییر نگرش و رفتار مردم و کاهش تقاضا می گردد. رویکرد دوم در حقیقت همان اصلاح سبک زندگی افراد می باشد. "طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب است که در پی اجتماعی شدن بوجود آمده است." "در واقع سبک زندگی به دلیل قابلیت آن در پیشگیری از بیماری ها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. لازم به ذکر است سبک زندگی، هسته اصلی فعالیت های آموزش بهداشت بوده و یکی از اهداف اصلی این آموزش، ایجاد تغییر رفتار در افراد از طریق تغییر دیدگاه و نگرش آنها می باشد. آنچه که در این مقاله در مورد آن بحث خواهد شد مروری مختصر بر وضعیت موجود مصرف دخانیات در کشور، تاثیر دخانیات بر سبک زندگی افراد، علل گرایش به مصرف و نهایتاً ارائه راهکارهای اصلاح سبک زندگی در راستای تسریع رسیدن به اهداف MPOWER می باشد.

مروری بر وضعیت موجود مصرف دخانیات

در کشور جمهوری اسلامی ایران، بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر، روند مصرف سیگار از سال ۲۰۰۶ تا سال ۲۰۱۱، بین ۱۰،۹۶٪ و ۱۰،۵۶٪ "در هر دوجنس" متغیر بوده است. در این مطالعه شیوع مصرف روزانه سیگار در جنس مرد ۲۰،۲۶٪ و در جنس زن ۰،۶۳٪ در سال ۲۰۱۱ برآورد شده است.^۴ در مقایسه مطالعات مختلف شاهد کاهش شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۶۹-۱۵ سال در سطح کشور بوده ایم ولی در گروه جنسی زنان و گروه سنی ۲۴-۱۵ سال "نوجوانان و

جوانان"، میزان مصرف سیگار و بخصوص قلیان بطرز چشمگیری افزایش یافته است. با توجه به مراحل مختلف اپیدمی مصرف دخانیات در کشورهای توسعه یافته که از مصرف مردان شروع می شود و به تدریج با مرگ و میر مردان به سمت افزایش مصرف در زنان پیش می رود؛^۵ کشور ما در مرحله ای قرار دارد که اگر اقدامات پیشگیرانه به صورت جدی صورت نگیرد؛ شاهد "افزایش شیوع مصرف سیگار و بخصوص قلیان در زنان، افزایش شیوع مصرف در گروه سنی زیر ۱۵ سال و افزایش مجدد مصرف در مردان" خواهیم بود.^۶

بررسی تاثیر دخانیات بر زندگی افراد

مصرف دخانیات به عنوان یکی از مهم ترین عوامل خطر در ارتباط با ایجاد بیماریهای مزمن غیرواگیر مانند بیماریهای قلبی - عروقی، بیماریهای تنفسی، انواع سرطان و سکته مغزی می باشد.^۷ اما نکته قابل توجه اینکه سیگار تنها عامل ایجاد بیماری های مزمن و کاهش طول عمر افراد نیست. بر اساس مطالعاتی که جهت بررسی کیفیت زندگی افراد سیگاری و غیر سیگاری بر اساس پرسشنامه خودگزارشی SF36 انجام شده است (بررسی در ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی و همچنین دو مولفه فیزیکی (PCS) که سلامت فیزیکی را مورد سنجش قرار می دهد و روانی (MCS) که بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می نماید) شواهد قویا بیانگر آن هستند که میانگین نمره کیفیت زندگی "QUALITY OF LIFE SCORE" افراد سیگاری در دسته های مختلف (ملایم، متوسط و سنگین) با افراد غیر سیگاری از نظر آماری تفاوت معنی دار، دارد.^۸ مطلب حائز اهمیت دیگر همراهی مصرف سیگار با سایر رفتارهای پرخطر می باشد. همراهی سیگار با سایر رفتارهای بهداشتی پرخطر (Bundled Risky Health Behaviors) در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات نشان می دهند که بیش از نیمی از افراد سیگاری، فراتر از عمل سیگار کشیدن، ممکن است درگیر سایر عوامل خطر از جمله خوردن غذاهایی با محتوای چربی بالا و فست فود، فعالیت فیزیکی پائین، مصرف الکل و کافئین، نداشتن خواب کافی، خوردن کمتر از حد میوه ها، سبزیجات، نان، غلات و حبوبات، بهداشت پایین دهان و دندان و مشکلات رفتاری (رفتارهای جنسی غیر ایمن، سوء مصرف مواد و دارو و بزهکاری) باشند.⁹⁻¹⁵ در بین عاداتهای بهداشتی ذکر شده تغذیه، فعالیت فیزیکی و مصرف دخانیات سه علت بسیار مهم بیماری های غیر واگیر و عامل ۶۳٪ مرگ و میرها عنوان شده اند.¹⁶ " زمانی که سیگار کشیدن با رژیم غذایی نامناسب و عدم فعالیت بدنی همراه شود اثرات زیان بار آن بصورت ترکیبی افزایش می یابد و منجر به افزایش ریسک ابتلا به تصلب شرایین و بیماری های قلبی ریوی، مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲، دیس لیپیدمی، انواع سرطان و سایر بیماری های غیر واگیر مانند استئوپروز و پوسیدگی دندانها می گردد.^{۱۷} مطالعات بسیاری ارتباط فعالیت فیزیکی و سیگار را تحت بررسی قرار داده اند و ثابت شده است فعالیت فیزیکی و مصرف سیگار بصورت سیکل معیوب بر روی همدیگر اثر گذارند. به عبارتی فعالیت فیزیکی پائین منجر به احساس افسردگی و تمایل بیشتر برای مصرف سیگار می گردد در حالیکه افزایش فعالیت فیزیکی عملکرد ریوی را بهبود بخشیده و بصورت آلترناتیو تمایل به مصرف سیگار و علائم ترک، افسردگی و اضطراب، را کاهش می دهد و منجر به اصلاح الگوی خواب می شود. " مطالعه ای که توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات بیمارستان مسیح دانشوری در سطح شهر تهران انجام شد برآورد نمود که ۷۱٫۹٪ از افراد سیگاری و ۲۹٪ از افراد غیر سیگاری دارای فعالیت فیزیکی نامناسب هستند"^{۱۸} همچنین یک مطالعه دیگر که توسط این مرکز انجام شد نشان داد که تغذیه ناسالم در افراد سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری ۲٫۲۴ (1.81-2.77) بیشتر می باشد. " ^{۱۹} پس به طور خلاصه، سیگار کشیدن

ممکن است نشانگر "نوک کوه یخ" از تعدادی زیادی از عوامل خطر ساز قابل اصلاح باشد. این اصل لزوم مداخلات بنیادی و وسیع جهت داشتن رویکرد جامع در هر دو زمینه مداخلات **جامعه محور** و **فرد محور** و استفاده از **راهبردهای ادغام یافته (Integrated)** در مورد **مجموع عوامل خطر** بجای **مداخلات محدود** را در نظام ارائه مراقبتهای اولیه (PHC) مشخص می نماید.

بررسی علل گرایش به مصرف دخانیات

استعمال دخانیات به معنی مصرف همه انواع محصولات دخانیات شامل سیگار، قلیان، دخانیات استنشاقی و جویدنی و حتی قرار گرفتن در معرض دود (دود دست دوم و دود دست سوم) می باشد. یافته های پژوهش های گوناگون نشان می دهند که رفتارهای مرتبط با مصرف دخانیات از سنین پایین شکل گرفته و در طول سالهای بعدی عمر پایدار می ماند. شواهد نشان می دهند که از هر ده نفر سیگاری ۸ نفر سیگار کشیدن را از سن ۱۳-۱۸ سالگی شروع می کنند. و اگر فردی تا قبل از ۲۰ سالگی سیگاری نشود بعد از آن احتمال سیگاری شدن بسیار کم می شود.^{۲۰}

در علل رو آوردن نوجوانان به مصرف دخانیات موارد زیادی مطرح شده است، از جمله تاثیر همسالان که حتی از تاثیر والدین نیز بیشتر است. تبلیغات فریبنده و جذاب صنایع دخانیات، باورهای غلطی همچون کاهش اضطراب و استرس توسط سیگار، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، کاهش اعتماد بنفس، کشیدن سیگار به عنوان نشانه ای از آزادی و استقلال و بزرگ شدن فرد، مشاخره والدین، مصرف سیگار و قلیان توسط والدین، نداشتن مهارت نه گفتن، وجود خلق افسرده، ترک منزل، فعالیت فیزیکی پایین، ساده انگاری در مورد خطرات سیگار و تبلیغات دروغین مبنی بر سیگارهای سبک و ملایم و همچنین الگو گرفتن از هنرپیشه های مشهور و محبوب^{۲۱-۲۳}

بر اساس مستندات، اصلی ترین عامل تاثیر گذار در مصرف و کنترل دخانیات، تبلیغات رسانه ای فرا گیر است که مهم ترین آنها سینما و در رده های بعدی تلویزیون؛ مطبوعات و رادیو قرار دارند^{۲۴}. گزارشات انستیتو ملی کانسر نیز نقش فیلمها را در ترویج دخانیات از دیگر منابع بارزتر دانسته و نشان داده که نمایش تصاویر مصرف دخانیات در فیلمها بخشی از استراتژی وسیع بازاریابی پیچیده ای است که هدف نهایی آن هنجار سازی مصرف دخانیات در جوامع است. در نظر عموم شرکت های دخانیات نمی خواهند که جوانان سیگار بکشند اما اسناد فاش شده این شرکت ها نشان داده است که این شرکت ها برای حفاظت از بقای خود هدفشان را بر روی جوانان متمرکز نموده اند. یکی از این اسناد فاش شده بدین قرار می باشد: "جوانان سیگاری تنها منبع جایگزین افراد سیگاری می باشند و اگر جوانان از سیگار دور شوند شرکت های دخانیات رو به زوال می روند درست مثل جمعیتی که فرآیند تولد در آن متوقف شود."^{۲۵}

یکی دیگر از عوامل محیطی تاثیر گذار در کاهش سن شروع مصرف مواد دخانی و بویژه تغییر الگوی مصرف مواد دخانی در جوانان از سیگار به قلیان عرضه روزافزون قلیان در اماکن تفریحی و رستوران ها و قهوه خانه ها، تبلیغات دروغین در مورد بی ضرر بودن قلیان و تبلیغات جذاب در مورد دخانیاتهای میوه ای و معطر و استفاده از قلیان به عنوان وسیله تفریحی و جاذب گردشگری می باشد.^{۲۶}

مطلب حائز اهمیت دیگر استعمال دخانیات در زنان می باشد. تا اواخر دهه ۱۹۲۰ در انگلستان، سیگار کشیدن برای زنان نه مد بود و نه مرسوم، اما از آن زمان به بعد زنان طبقه اجتماعی بالا این عادت را بعنوان مد تثبیت کردند. این عادت به طبقات اجتماعی دیگر نیز گسترش یافت و در واقع نمادی شد از آزادی زنان از قوانین سنتی مربوط به جنسیت^{۲۷}. امروزه در بعضی از

کشور های جهان بخصوص کشورهای جهان سوم ، شمار زنان سیگاری رو به افزایش است و در بعضی از کشور ها تعداد زنان و دختران مصرف کننده مواد دخانی به اندازه تعداد مردان مصرف کننده رسیده است²⁸. در حقیقت صنایع دخانی درصدد هستند زنان را هدف هجوم تبلیغات فریبنده و جذاب خود قرار دهند تا بتوانند آن ها را به عنوان مصرف کننده جدید جایگزین نمایند، در کشور ما در حال حاضر تعداد خانم هایی که بطور روزانه و مستمر از مواد دخانی شامل سیگار و قلیان استفاده می کنند شاید به نظر زیاد نیاید، اما افزایش قابل توجه خانم هایی که بطور گاهگاهی مصرف کننده دخانیات بخصوص قلیان هستند بسیار نگران کننده است²⁹. یک عامل نگران کننده مهم دیگر نیز وجود دارد و آن اینست که آمارهای مربوط به مصرف سیگار هرگز اطلاعات دقیقی راجع به مصرف دخانیاتی بدون دود به دست نمی دهد.

راهکارهای پیشنهادی

برای اجرایی شدن سیاستهای MPOWER در راستای اصلاح سبک زندگی افراد " راهکارهای ذیل بر اساس نظر خبرگان و بررسی شواهد پیشنهاد می گردد.

MONITOR

تحلیل وضعیت در سطح ملی (National situation analysis)

تحلیل وضعیت باید در راستای بررسی سیاستهای کنترل دخانیات و بویژه تاثیر آن در ایجاد انگیزه در مصرف کنندگان جهت ترک سیگار و میزان تقاضا برای درمان باشد.

PROTECT

تلاش هر چه بیشتر در آشنا نمودن مردم از مفاد قانون کنترل دخانیات " به خصوص با استفاده از رسانه های جمعی " و آشنایی هرچه بیشتر افراد با حقوق خود در این زمینه
آموزش افراد جهت انتخاب اماکن عاری از دود و مواد دخانی برای تفریح و گردش
طراحی برنامه های آموزشی و حمایتی از گروههای آسیب پذیر شامل زنان باردار، زنان شیرده و کودکان در برابر استنشاق دود تحمیلی

بهبود ساختار محیط: طراحی صحیح شهری منجر به افزایش دسترسی به امکانات ورزشی، پیاده روی و دوچرخه سواری شده و این امر باعث افزایش فعالیت فیزیکی میگردد. (همانگونه که عنوان شد افزایش فعالیت فیزیکی عملکرد ریوی را بهبود بخشیده و بصورت آلترناتیو تمایل به مصرف سیگار و علائم ترک ، افسردگی و اضطراب، را کاهش می دهد و منجر به اصلاح الگوی خواب می شود)

OFFER HELP TO QUIT

ادغام درمان وابستگی به دخانیات در بخش مراقبت های اولیه (PHC)

با توجه به نسخه تجدید نظر شده سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020) درمان وابستگی به دخانیات به عنوان بخشی ضروری از بسته جامع " MPOWER " با تمرکز بر ادغام درمان وابستگی به دخانیات در بخش مراقبت های اولیه (PHC) ارائه شده است. موفقیت پیاده سازی این طرح، سطوح بالای تعهدات دولت ، جوامع و ارائه دهندگان مراقبت سلامت را می طلبد. هدف

اصلی از این طرح این است که کشورها بعنوان یکی از موثرترین اقدامات جهت پیشگیری و کنترل دخانیات، برای تمام استفاده کنندگان توتون و دخانیات، مشاوره مختصر (Brief advice) را در بخش مراقبت های اولیه (PHC) بعمل آورند. مشاوره مختصر (Brief advice) به این معنی است که تمام کارکنان بخش سلامت از مراجعه کنندگان در مورد مصرف سیگار بپرسند و بصورت مختصر در مورد ترک سیگار مشاوره بدهند و در مورد امکانات در دسترس جهت ترک سیگار به آنها اطلاعات بدهند. مشاوره مختصر باید بعنوان جزء ضروری سیاستهای استاندارد پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات مد نظر قرار گیرد.

✚ ایجاد خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار و اطلاع رسانی به افراد در مورد وجود این خطوط

✚ گسترش مراکز تخصصی ترک سیگار

✚ آموزش مداوم و به روز متخصصین ترک سیگار

✚ تحت پوشش قرار دادن خدمات ترک سیگار و داروها توسط بیمه ها و ایجاد دسترسی آسان به داروهای ترک سیگار

✚ تدوین دستورالعمل (گایدلاین) جامع ترک سیگار بر اساس بهترین شواهد علمی با توجه به شرایط فرهنگی و اولویت های ملی (گاید لاین ملی باید دامنه وسیعی از مداخلات از جمله شناسایی سیستماتیک مصرف کنندگان دخانیات، چگونگی ارائه مشاوره مختصر، مشاوره و حمایت های رفتاری چهره به چهره توسط افراد آموزش دیده، توصیه به استفاده از داروهایی با دسترسی آسان و مقرون به صرفه، و نحوه ثبت اطلاعات را در برگیرد)

✚ طراحی سیستم های اطلاعاتی به روز مربوط به ترک سیگار و در دسترس قرار دادن این اطلاعات برای مصرف کنندگان دخانیات

✚ آموزش کلیه افراد ارائه دهنده مراقبت سلامت در قالب آموزشهای دوران تحصیل و آموزشهای بدو خدمت

کلیه ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید با نحوه "مشاوره مختصر"، آشنایی کامل داشته باشند و مصرف کنندگان را به مراکز تخصصی ترک سیگار ارجاع دهند.

✚ ثبت اطلاعات مربوط به سیگار کشیدن در پرونده های پزشکی افراد.

✚ ترویج ترک سیگار با استفاده از افراد داوطلب مانند کارمندان دولت، سربازان و یا افراد بازنشسته.

WARN

✚ استفاده از وسایل ارتباط جمعی و برنامه های آموزشی به صورت وسیع جهت فرهنگ سازی و تغییر نگرش جامعه با تاکید بر:

○ ارتقاء آگاهی عموم از پیامدهای مصرف سیگار با توجه ویژه به گروه جنسی زنان و گروههای سنی کودکان، نوجوانان و جوانان در خصوص مضرات استعمال و استنشاق تحمیلی دود سیگار و تاکید بر اینکه هیچ سیگار بی خطری وجود ندارد و همه مواد دخانی از جمله توتون، تنباکو و قلیان برای سلامتی مضرند

○ ارتقاء آگاهی عموم و بخصوص جوانان از مضرات قلیان در کشور ما ضرورت ویژه دارد

○ آگاهی دادن به خانواده ها مبنی بر اینکه: والدین بهترین الگو برای فرزندانشان هستند و همچنین قلیان وسیله تفریح و تفنن نیست.

✚ ارائه برنامه های پیشگیری متمرکز بر والدین و خانواده توسط مراکز ارائه دهنده مراقبتهای اولیه

○ آموزش برخورد مناسب و حمایت عاطفی و روانی والدین برای ترک دخانیات نوجوانان و جوانان در صورت مصرف

○ افزایش آگاهی و تقویت مهارت های ده گانه زندگی (ده مهارتی که باید آموزش ان ها را از کودکی در برنامه های آموزشی خود بگنجانیم شامل توانایی تصمیم گیری -توانایی حل مسئله، توانایی تفکر خلاقانه، توانایی تفکر انتقادی، برقراری ارتباط موثر، توانایی شناخت خود، توانایی همدلی، توانایی کنترل هیجانات و خشم، توانایی نه گفتن که یکی از مهم ترین راه های مقابله با شروع مصرف دخانیات در سنین نوجوانی است .این مهارت ها مانند سپری، نوجوانان را در مقابل آماج حملات تبلیغات رسانه ها و فشار دوستان و همسالان محافظت خواهد کرد.)

✚ ارتقاء برنامه ها و مداخلات مدرسه محور(با عنایت به اینکه مداخلات مدرسه محور دارای هزینه اثر بخشی بسیار بالا می باشند)

○ تقویت حمایت های معنوی برای نوجوانان و جوانان توسط خانواده و اولیای مدرسه

○ افزایش مهارت های ارتباطی در اولیای مدارس به منظور برقراری ارتباط مناسب تر با دانش آموزان

✚ تقویت مداخلات در محیط کار (با توجه به اینکه مصرف دخانیات باعث ایجاد و یا تشدید بیماری های ناشی از مواجهه های شغلی بخصوص بیماریهای تنفسی، پوستی و سرطان ها شده و در نتیجه باعث افزایش میزان غیبت از کار می گردد این نوع مداخلات علاوه بر خود کارمندان برای کارفرمایان نیز بسیار مفید بوده و باعث افزایش بهره وری و کاهش غیبت از کار می گردد)

○ تخصیص امکانات مالی و رفاهی برای ترک دخانیات کارکنان به عنوان راهکاری برای ترغیب و تشویق دیگر کارکنان سیگاری

○ طرح جریمه نقدی افراد سیگاری به ازای هر بار مصرف دخانیات در محل کار

○ استفاده از حس گرهای دود برای ارزیابی و کنترل دائمی محل کار

ENFORCE

✚ آموزش خانواده ها هنگام استفاده از فضاهاى حقیقی و مجازی (به علت فعالیت های تبلیغاتی وسیع و هوشمندانه رسمی و غیر رسمی شرکت های دخانیات توسط رسانه ها)

✚ حذف تأثیر شخصیت های سیگاری که از نظر اجتماعی ، مذهبی برای جوانان الگو هستند والگوسازی مثبت از طریق هنرمندان ، ورزشکاران و شخصیت های مذهبی

✚ ممنوعیت کامل تبلیغات محصولات بهداشتی و خوراکی با تبلیغ مارک سیگار