مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و یکم / فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵ /۱۲۹-۱۱۷

راهنمای مبتنی بر شواهد به منظور پیشگیری از مصرف سیگار در مدارس

فریبا خیاطی[۱]، سکینه حاج ابراهیمی[۲]، حمید الله وردی پور[۳]، فاطمه صادقی غیاثی[۴]

۱. دانشجوی دوره دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، قطب علمی آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳. استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

٤. کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، قطب علمی آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (مولف مسوول)، تلفن ثابت:۳۳۳٤۲۲۱۹ ۰٤٦، ghyassif@tbzmed.ac.ir

چکیده

مقدمه: مصرف دخانیات یکی از مهمترین معضلات در دنیای امروز است. عوارض مصرف دخانیات بخصوص در کودکان و نوجوانان بیشتر می باشد. مصرف سیگار اغلب در سنین نوجوانی شروع می گردد، از این رو مداخلات مبتنی بر مدرسه می تواند نقش موثری در پیشگیری داشته باشد. هدف از این مطالعه بومی سازی یک راهنمای مبتنی بر شواهد در حیطه پیشگیری از مصرف سیگار در مدارس بوده است.

روش بررسی: این مطالعه براساس اصول بومی سازی راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد طراحی گردیده است. بدین نحو که ابتدا یک جستجوی نظام مند در پایگاههای اطلاعاتی معتبر برای بازیابی راهنماهای مرتبط بین المللی مبتنی بر شواهد انجام گرفت. راهنماهای انتخاب شده توسط دو نفر و به صورت مستقل، با ابزار استاندارد مورد نقادی قرار گرفتند. سرانجام راهنمای انتخاب شده پس از ترجمه به فارسی، در پانل تخصصی مورد بحث و تصویب قرار گرفت.

نتایج: از ۱۱ راهنمای بازیابی شده، یک راهنما پس از ارزیابی و بحث در پانل تخصصی انتخاب و بومی سازی گردید. این راهنما شامل ۵ توصیه برای مداخلات مبتنی بر مدرسه است که به تهیه برنامه های عملیاتی کمک می نماید. هر توصیه شامل سه قسمت به شرح زیر می باشد: گروه هدف، افرادی که باید اقدامات را انجام دهند، و اقداماتی که باید انجام شود.

نتیجه گیری: مداخلات مبتنی بر مدرسه برای پیشگیری و کنترل مصرف سیگار در نوجوانان و جوانان موثر شناخته شده اند و با توجه به مستند و مبتنی بر شواهد بودن این راهنما و بومی سازی آن با شرایط کشورمان ایران، می تواند جهت برنامه ریزی این مداخلات موثر واقع گردد.

واژه های کلیدی: راهنمای مبتنی بر شواهد، پیشگیری از دخانیات، مداخلات مبتنی بر مدرسه، سیگار

وصول مقاله:۹۴/۴/۱۶ اصلاحیه نهایی:۹۴/۱۰/۲ پذیرش:۹۴/۱۰/۱۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

مقدمه

مصرف دخانیات یکی از مهمترین معضلات بهداشتی و اجتماعی در دنیای امروز است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، دخانیات موجب مرگ ۱۰۰ میلیون نفر درقرن بیستم شده است و اگر روند فعلی ادامه یابد، می تواند عامل مرگ یک میلیارد نفر در قرن بیست ویکم شود. پیش بینی می شود مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات تا سال ۲۰۳۰، به بیش از ۸ میلیون درسال افزایش یابد و بیش از ۸۰ درصد مرگها در کشورهای کم درآمد و یا با درآمد متوسط اتفاق افتد (۱).

اثرات ناگوار مصرف دخانیات بر کودکان و نوجوانان بیش از بزرگسالان است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، مصرف سیگار در جوانان دارای عوارض زودهنگام شامل عوارض تنفسی و غیر تنفسی، اعتیاد به نیکوتین وخطر اعتیاد به داروهای دیگر است. نوجوانان سیگاری سه برابر نوجوانان غیر سیگاری از تنگی نفس رنج می برند و دو برابر آنان خلط تولید می کنند. سیگار کشیدن با رفتارهای پر خطر دیگری مثل درگیری و نزاع و نیز تماس جنسی محافظت نشده در ارتباط است (۲). مطالعه بر روی سیگاریها نشان داده است که هر چه مصرف در سنین کمتری شروع شود، خطر وابستگی به نیکوتین بیشتر است و نوجوانان و جوانان برای شروع مصرف دخانیات بسیار مستعد هستند (۳).

اکثر افراد سیگاری، مصرف دخانیات را قبل از اتمام دبیرستان شروع می کنند و این بدان معنی است که اگر فردی در مدرسه، غیر سیگاری بماند احتمالاً هرگز سیگار نخواهد کشید (۴). در ایران استعمال دخانیات به رده سنی ۱۲ سال کاهش یافته است (۵). اگر چه مطابق با چک لیست کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت (MPOWER) در سال ۲۰۱۳ ، ایران در میان ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، بالاترین نمره (۳۱ از ۳۷) را برای برنامه ریزی کنترل دخانیات کسب کرده است (۶)، اما در شهرهای مختلف آن شیوع سیگاریهای عادی (مصرف ۱۰۰ نخ سیگار در طول زندگی و یا حداقل یک نخ سیگار در هفته) در حال افزایش است (۷). درمطالعه انجام گرفته در تبریز مشخص شد که در طول ۱۲ ماه ۱۴/۳%دانش آموزان از مرحله غیر سیگاری به مرحله سیگار آزموده و ۱۶/۵ درصد ازدانش آموزان سیگارآزموده در مقطع اول دبیرستان به مرحله سیگاری معمولی انتقال یافته اند (۸).

با توجه به کاهش سن شروع مصرف دخانیات به سنین نوجوانی در ایران و جهان (۱۱-۹و۵و۳) انجام مداخلات پیشگیری در گروه سنی نوجوانان ضروری به نظر می رسد. بررسی مطالعات نشان می دهد که اجرای برنامه های پیشگیری از سیگار در مدارس می تواند در کاهش تعداد سیگاریهای آینده موثر باشد. محققان دانشگاه آکسفورد انگلستان ۴۹ مطالعه مشتمل بر ۱۴۰ هزار جوان در رده سنی ۵ تا ۱۸ سال را که قبلاً هرگز سیگار نکشیده بودند، بررسی و تحلیل کردند. نتایج این مطالعات نشان داد که پس از گذشت یک سال، تعداد سیگاریها در گروههایی که در برنامه پیشگیری از سیگار شرکت کرده بودند، بطور معناداری کاهش یافته بود (۱۲).

در مطالعه دیگری مرورهای نظام مند سالهای مابین ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۶ مورد بررسی قرار گرفتند و مطابقت قابل توجه در میان سه منبع نشان داد که مداخلات پیشگیری در کاهش شیوع سیگار، کاهش شروع و قصد سیگار با نیت قبلی در کوتاه مدت مؤثر و همچنین برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه، برای اکثر پیامدهای مربوطه حداقل در کوتاه مدت بسیار موثر بوده است (۱۳). هزینه ها و منافع مالی اجرای یک برنامه پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه در آلمان هم نشان داد که برنامه مسابقه کلاس بدون سیگار، یک برنامه هزینه -اثربخش در پیشگیری از سیگار است (۱۴).

با عنایت به شواهد فوق الذکر اجرای چنین برنامه ای برای کشورمان ایران لازم به نظر می رسد. قدم اول برای این مداخله تدوین راهنما یا گایدلاین مبتنی بر شواهد بومی است که با شرایط اجتماعی، اقتصادی و مذهبی کشور انطباق داشته باشد. هدف از این مطالعه بومی سازی یک

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

راهنمای معتبر برای کشور با رعایت اصول مبتنی بر شواهد بوده است.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه مبتنی بر شواهد است و با هدف بومی سازی یک راهنمای مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از مصرف دخانیات و سیگار در مدارس ایران انجام گرفته است. برای این منظور با در نظر گرفتن اهداف تدوین و بومی سازی راهنما و براساس سوال ساختارمند مطالعه (PIPOH)[1] سوال کلی با محوریت«کدام برنامه پیشگیری از مصرف سیگار مبتنی بر مدرسه در ایران با امکانات و سیاستهای کشور متناسب است؟»طرح گردید. در این راستا یک جستجوی جامع و نظام مند برای بازیابی راهنماهای بالینی مرتبط در ۵ سال اخیر در زمان جستجو (سال ۱۳۹۲) در پایگاههای اختصاصی راهنماهای بالینی و سایر پایگاههای مرتبط و موتورهای کاوش انجام گرفت (جدول ۱). کلیدواژه های مورد نیاز برای جستجو بر اساس اجزای PIPOH که در ذیل به آن اشاره شده است انتخاب و پس از تعیین مترادفات و کلمات مرتبط، مورد جستجو قرار گرفتند (جدول ۱).

اجزای PIPOH

P (Population): دانش آموزان، نوجوانان و جوانان

I (Intervention): مداخلات پیشگیری از مصرف سیگار

P (Professional of target): کارکنان دست اندرکار در بخش سلامت و وزارت آموزش و پرورش

O (Outcome): افزایش آگاهی نوجوانان نسبت به دخانیات، کاهش میزان مصرف و میزان شروع مصرف سیگار در نوجوانان

H (Health care system): سیستم مراقبتهای اولیه سلامت و آموزش و پرورش

راهنماهای انتخاب شده توسط دو متخصص موضوعی با استفاده از ابزار استاندارد نقد راهنماهای بالینی Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-2 (AGREE-2) (۱۵) مورد ارزیابی قرار گرفته و امتیاز بندی شدند. در نهایت، با اجماع نظر دو متخصص موضوعی، راهنمایی که امتیاز بالاتر را کسب کرده بود انتخاب و ترجمه شد. در ترجمه اولیه اخلاقیات ترجمه رعایت گردید؛ بدین صورت که سعی شد راهنما عیناً به فارسی تبدیل شده و هیچ دخل و تصرفی در نسخه اصلی توسط مترجم روی ندهد. پس از ترجمه، نسخه اولیه توسط دو نفر متخصص به طور مستقل ویرایش و نسخه نهایی آماده گردید. سپس پانل تخصصی متشکل از صاحبنظران در حیطه آموزش و پرورش، معلمان، والدین، سیاستگذاران حوزه بهداشت و آموزش و پرورش، متخصصان موضوعی شامل کارشناس مسئول واحد سلامت محیط مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، پزشک عمومی، مسئول بیماریهای غیرواگیر استان، پزشک عمومی، کارشناس بیماریهای غیر واگیر استان، کارشناس بهداشت محیط مسئول مرکز ترک دخانیات تبریز، مسئول بهداشت مدارس مرکز بهداشت استان، معاونت پیشگیری از آسیبهای اجتماعی سازمان بهزیستی استان، مسئول پیشگیری از آسیبهای اجتماعی آموزش و پرورش استان، دو تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مدیر طرح (صاحبنظر در زمینه متدولوژی مطالعات مبتنی بر شواهد) و مجریان طرح، ایجاد گردید. راهنمای آماده شده ابتدا برای اعضای پانل ارسال و پس از فرصت زمانی دو هفته ای برای مطالعه راهنما، پانل تشکیل شد. پس از بحث و تبادل نظر در پانل، نقطه نظرات و توصیه های اعضای پانل جمع آوری و مورد جرح و تعدیل قرار گرفت. سپس براساس مقتضیات و شرایط ایران، توصیه ها جرح و تعدیل و نکات مورد نیاز اضافه گردید. نسخه فارسی نهایی در پانل مورد بحث و تصویب قرار گرفت. در

[1] Population, Intervention, Professional of target, Outcome, Health care system

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

مجموع مراحل بومی سازی راهنما از مرحله انتخاب تا نقادی و بومی سازی در پانل های تخصصی جهت اعتباربخشی به این راهنما به دقت دنبال گردید.

جدول ۱: سایتهای پوشش دهنده راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد و برخی از موتور های کاوش و سایر پایگاههای مرتبط مورد استفاده

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
National Guideline clearinghouse (NGC)	*http://www.giudeline.gov*
TRIP DATABASE	*www.tripdatabase.com*
PubMed	*www.pubmed.gov*
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	*www.nice.nhs.uk*
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	*http://sign.ac.uk*
MD consult	*www.mdconsult.com*
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	*http://www.nhmrc.gov.au/*
WHO	*www.who.org*
Guidelines International Network (G-I-N)	*http://www.g-i-n.net/*
Google	*www.google.com*

یافته ها

نتایج حاصل از جستجوی پایگاههای اطلاعاتی، ۱۱ راهنما بود که از بین آنها ۹ راهنما به دلیل تفاوت در اهداف، کنار گذاشته شدند. دو راهنمای باقیمانده توسط دو متخصص مستقل با کمک ابزار AGREE-2 مورد ارزیابی و نقادی قرار گرفتند. پس از بررسی امتیازات هر راهنما و بحث در پانل تخصصی، یک راهنما با عنوان« School-based interventions to prevent smoking»(۱۶) به عنوان محور اصلی بومی سازی انتخاب گردید. نسخه کامل این راهنما در سایت http://www.evidence.nhs.uk موجود می باشد. راهنمای انتخاب شده ترجمه و براساس مقتضیات و شرایط ایران، بومی سازی گردید. در این بومی سازی شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور ایران مانند چگونگی همکاری و حضور خانواده ها در مدارس، امکاناتی که در مدارس کشور ما وجود دارد، همکاریهای بین بخشی با بخشهای درگیر در خدمات نوجوانان که با راهنمای مبنا متفاوت بود، در نظر گرفته شد.

توصیه های[2] عملی این راهنما که توسط متخصصان راهنما اولیه ارائه و توسط نویسندگان این مطالعه بومی سازی گردید، شامل ۵ توصیه اصلی می باشد:

توصیه ۱: دیدگاههای وسیع سازمانی یا«کل مدارس»

توصیه ۲: مداخلات با محوریت افراد بزرگسال

توصیه ۳: مداخلات همتامحور

توصیه ۴: آموزش و توسعه همه جانبه

توصیه ۵: اتخاذ یک رویکرد هماهنگ

هر یک از توصیه ها شامل سه زیر مجموعه می باشد که در تصمیم گیری بهینه به کاربران راهنما کمک می کند. این سه قسمت شامل: «جمعیت هدف»،«افرادی که باید اقدامات را انجام دهند» و«اقداماتی که باید انجام شوند»، می باشند. سطح شواهد بکار گرفته شده برای ارائه توصیه ها با عنوان «بیانیه شواهد» در جداول ۲ و ۳ آورده شده است. نسخه کامل راهنمای فارسی«راهنمای پیشگیری از مصرف سیگار مبتنی بر مدرسه» در سایت قطب علمی آموزشی پزشکی

[2] Recommendations

راهنما (گایدلاین):

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

مبتنـــی بـــر شـــواهد (http://ircebm.tbzmed.ac.ir) موجود می باشد.

خلاصه توصیه ها:

توصیه ۱: دیدگاههای وسیع سازمانی یا«کل مدارس»

بیانیه های شواهد(*Q1,Q4*)

جمعیـت هـدف: کودکـان و جوانـان زیـر ۲۰ سـالی کـه در مدارس حضور دارند، کسانی که در مدارس کار مـی کننـد، اولیا و مربیان.

افرادی که بایـد اقـدامات را انجـام دهنـد: مـدیران مـدارس، معلمـان، معـاونین و سـایر افـرادی کـه درمـدارس ابتـدایی، متوسطه و دبیرستانها کار می کنند. همچنـین پرسـنل، مربیـان بهداشت مدارس، مشاوران آموزش مسائل فـردی، اجتمـاعی و سلامت.

اقداماتی که باید انجام شوند: در ابتدا بایـد سیاسـتهای کـلان در راستای مدرسه بدون سـیگار تـدوین شـود. ایـن سیاسـتها شـامل فعالیتهـای پیشـگیرانه و اطـلاع رسـانی و آمـوزش کارکنـان و دانـش امـوزان مـی باشـد. شـیوه هـای آموزشـی بایستی منطبق بر نیازهای جسمانی، فرهنگی و آموزش جـوان محـور تـدوین شـوند. از سـوی دیگـر بایسـتی خـدمات و امتیازات ارائه شده برای افـرادی کـه قصـد تـرک سـیگار را دارند، مشـخص و دقیـق و دربرگیرنـده جزئیـاتی ماننـد نـوع حمایت، زمان، مکان و چگونگی آن باشد.

توصیه ۲: مداخلات با محوریت افراد بزرگسال

بیانیه های شواهد(*E1,E2,E4,E5,E6,E7,Q3,Q5*)

جمعیـت هـدف: کودکـان و جوانـان زیـر ۲۰ سـالی کـه در مدارس حضور دارند.

افرادی که بایـد اقـدامات را انجـام دهنـد: مـدیران مـدارس، معلمـان، معـاونین و سـایر افـرادی کـه بـا مـدارس ابتـدایی و متوسطه و دبیرسـتانها کـار مـی کننـد شـامل مـدارس مـروج سلامت، مربیان بهداشت مدارس، مشـاوران آمـوزش مسـائل فردی، اجتماعی و سلامت.

اقـداماتی کـه بایـد انجـام شـوند: اطلاعـات دربـاره مضـرات بهداشتی مصرف سیگار، همچنین مشکلات قانونی، اقتصادی و اجتماعی آن باید در برنامه های درسـی ادغـام شـود. بـرای مثال بحثهای کلاسی در باره دخانیات مـی توانـد زمـانی کـه یکسـری موضـوعات ماننـد زیسـت شناسـی، شـیمی، علـوم اجتماعی، جغرافیا و ریاضیات تدریس می شود، و یـا حتـی در کلاسهای پرورشی مطرح گردد. همچنین باید مداخلاتی با هـدف پیشـگیری از مصـرف سـیگار بـه عنـوان قسـمتی از آمـوزش مسـائل فـردی، اجتمـاعی و سـلامت و فعالیتهـای مربوط به مدارس مروج سلامت، ارائه گردد. البته این برنامـه ها باید با سیاست کلی مدارس بدون دخانیات هماهنگ باشد و کودکـان و جوانـان را در طراحـی آنهـا درگیـر نماینـد. مداخلات باید سرگرم کننده، عینی و تعاملی، متناسب با سن و توانـایی دانـش آمـوزان بـوده و نیـز متناسـب بـا فرهنـگ، قومیت و جنسیت آنها باشد و فاقد هرگونه پیشداوری باشـد. در ضـمن هـدف ایـن مـداخلات بایسـتی توسـعه مهارتهـای تصمیم گیـری بوسـیله تکنیکهـای یـادگیری فعـال بـه همـراه افزایش اعتماد به نفس دانـش آمـوزان در مقابلـه بـا مصـرف سـیگار باشـد. همچنـین مصـرف دخانیـات بوسـیله بـالغین و همتایـان بایـد بحـث و بـه چـالش کشـیده شـود. بهتـر اسـت مباحث مربوط به اثرات دخانیات به وسیله معلمان و معاونـان آموزشی سطح بـالاتر و یـا بوسـیله افـراد حرفـه ای آمـوزش دیده برای کار با کودکان و جوانان ارائه شود.

توصیه ۳: مداخلات بامحوریت همتایان

بیانیه های شواهد (*E3,Q2;IDE*[۳])

جمعیت هدف: کودکان و جوانان با سن ۱۱ تـا ۱۶ سـال کـه در مدارس متوسطه حضور دارد.

افرادی که بایـد اقـدامات را انجـام دهنـد: مـدیران مـدارس، معلمان، معاونان در مدارس متوسطه و افرادی که با آنان کار می کنند شامل مسـئولین مـدارس مـروج سـلامت، مشـاوران

[۳] IDE: توصیه مستقیماً براساس بیانیه شواهد نبوده و از منابع و شواهد موجود استنباط شده است

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

آموزش مسائل فردی، اجتماعی و سلامت و مربیان بهداشت مدرسه.

اقداماتی که باید انجام شوند: باید به ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد همتا محور با هدف پیشگیری از سیگار، توجه شود. بدین منظور باید اطمینان حاصل شود که رهبران همتا (دانش آموزانی که مورد قبول هم مدرسه ایهای خود هستند)، خارج از مدرسه به وسیله افراد بزرگسالی که تخصص مناسبی دارند، آموزش ببینند وحمایتهای لازم را از این متخصصین در طول دوره برنامه دریافت نمایند. افراد جوان که توسط هم مدرسه ایهای خود انتخاب شده اند باید بتوانند که همکلاسیها و هنجارهای خانواده را در مورد دخانیات به چالش بکشند و در مورد خطرات مرتبط با دخانیات و فوائد عدم مصرف آن را بحث کنند.

توصیه ۴: آموزش و توسعه همه جانبه

بیانیه های شواهد (*Q3*)

جمعیت هدف: معلمان، مددکاران و افراد شاغل در سیستم سلامت، کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدارس حضور دارند و شامل مدارس مروج سلامت، مشاوران آموزش سلامت، مربیان بهداشت مدرسه می گردد.

افرادی که باید اقدامات را انجام دهند: مدیران مدارس، کارکنان سیستم سلامت عمومی، بدنه های آموزش دهنده معلمان و ارائه کنندگان آموزش مداوم ضمن خدمت.

اقداماتی که باید انجام شوند: همه پرسنلی که در کار پیشگیری از دخانیات درگیر خواهند شد باید آموزش ببینند. تلاش همه جانبه در برنامه های مشارکتی برای طراحی، ارائه، پایش و ارزشیابی آموزش و مداخلات پیشگیری از دخانیات صورت گیرد. افراد مشارکت کننده باید شامل انجمنهای ملی و محلی آموزشی، دانشگاههای تربیت معلم، خدمات بهداشت و سلامت مدرسه، سازمانهای داوطلب، دانشگاهها و خدمات نظام سلامت، باشد.

توصیه ۵: اتخاذ یک رویکرد هماهنگ

بیانیه های شواهد (IDE)

جمعیت هدف: کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدارس حضور دارند.

افرادی که باید اقدامات را انجام دهند: بخشهای دولتی، بازرسان مدارس، بدنه های ستادی آموزش و پرورش، کلیه سازمانهای حامی کودکان، تشکیلات یا انجمن های سلامت محلی بخصوص خدمات کودکان و جوانان، و سلامت محیط، خدمات حمایت از جوانان در سازمانهای بهزیستی، کمیته امداد و مانند آنها، مسئولین مراقبتهای اولیه ملی و منطقه ای سلامت، انجمن کنترل دخانیات.

اقداماتی که باید انجام شوند: باید اطمینان حاصل شود که مداخلات پیشگیری از سیگار در مدارس و دیگر موسسات آموزشی، قسمتی از یک استراتژی محلی کنترل دخانیات هستند. ارائه مداخلات پیشگیری از دخانیات مبتنی بر شواهد در مدارس تضمین شود. این مداخلات باید با سیاست بدون سیگار آنها مرتبط و با استراتژیهای کنترل دخانیات ملی و منطقه ای سازگار باشد. ادغام مداخلات با برنامه درسی و نیز ارتباط کار و آموزش سلامت با وضعیت مدارس مروج سلامت و آموزش عالی سلامت تضمین شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

جدول ۲: جدول بیانیه شواهد

بیانیه شواهد	توضیحات	سطح شواهد
E1	بر اساس یک متاآنالیز شامل ۲۷ مطالعه، شواهد نشان می دهد که مداخلات مبتنی بر شواهد ممکن است بر پیشگیری از سیگار در کودکان موثر باشد	A (خوب)
E2	شواهد متوسطی وجود دارد که مداخله چند جزئی شامل جامعه و مدرسه، در مقایسه با آموزش معمول در پیشگیری از مصرف سیگار بی اثر هستند.	B (متوسط)
E3	ارتباط اثر بخشی برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه با وضعیت ارائه دهندگان مشخص نیست	C (نامعلوم)
E4	شواهد روشنی وجود دارد که افزایش جلسات کمکی، اثربخشی برنامه های اصلی را افزایش می دهد	A (خوب)
E5	شواهد متناقضی از اثر مداخلات مختلف مبتنی بر جنسیت وجود دارد.	C (نامعلوم)
E6	شواهد متوسطی وجود دارد که نشان می دهد نژاد، پیشگویی کننده مهمی برای مصرف سیگار است	B (متوسط)
E7	یک کارآزمایی تصادفی نشان داده که تعامل و درگیر شدن افراد با مداخلات مرتبط با وضعیت پیگیری مصرف سیگار، احتمال مصرف سیگار در یکسال را برای آنان کاهش می دهد	A (خوب)

جدول ۳: جدول بیانیه شواهد

بیانیه شواهد	توضیحات	سطح شواهد
Q1	محتویات ارائه خدمات: شواهد بدست آمده از مطالعاتی از انگلستان، امریکا و کانادا جوانب مختلفی از محتوای ارائه خدمات در مداخلات مبتنی بر مدرسه را نشان داده که به عنوان تسهیل گر یا مانع موثر عمل می کنند . تسهیلگران اصلی شامل: ♦ زمان بندی مداخله جهت عدم تداخل با برنامه ارزیابی مدرسه ♦ زمان بندی مداخله برای وارد کردن جلسات متعدد آموزشی دریک سال تحصیلی ♦ ادامه ارسال پیامهای پیشگیری از سیگار در برنامه درسی تا زمان اتمام تحصیل در مدرسه ♦ ارائه مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه به عنوان قسمتی از استراتژی کنترل تنباکوی ملی ♦ در گیر ساختن سازمانهای همکار کلیدی در طراحی و ارائه خدمت (نظیر معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و دانشگاهها). مانع اصلی: ارائه مداخله در مواردی که معلمان و دیگر پرسنل مدرسه سیگاری بودند	B (متوسط)
Q2	مداخلات بوسیله همتایان: شواهد بدست آمده از مطالعاتی از انگلستان، امریکا و یک مرور نظام مند نشان داده که مداخلات بوسیله همتایان موفقیت مداخلات مبتنی بر مدرسه را تسهیل می نماید. تسهیلگران اصلی برای ارائه مداخلات همتایان: ♦ تعیین حامیان همتا توسط دانش آموزان همتا ♦ آموزش خارج از مدرسه حامیان همتا و توسط افراد حرفه ای خارج از مدرسه ♦ انعطاف پذیری در مورد حامیان همتا در این که چگونه و چه موقع آنها مداخله را انجام	A (خوب)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

	دهند ♦ افزایش کیفیت مداخله همتایان با وارد کردن سایر مواد آموزشی پیشگیری (مثل ویدئو) در مدارس ♦ ارتباطات خوب بین تیم تحقیق یا تیم توسعه مداخله گران خارجی و پرسنل مدرسه. موانع ارائه مداخلات همتایان: نگرانی معلمان در باره«مناسب بودن»برخی از حامیان همتای انتخاب شده توسط دانش آموزان همتا	
Q3	مکانیسم ارائه خدمات: شواهد تولید شده بوسیله مطالعاتی از انگلستان و امریکا نشان داده که اجزای خاصی از مکانیسم ارائه خدمات برای پیشگیری مبتنی بر مدرسه به عنوان یک مانع یا تسهیلگر عمل می کند. تسهیلگرها شامل: ♦ ارائه مداخله توسط افراد حرفه ای مورد اعتماد (مثل پزشکان) ♦ ارائه مداخله توسط معلمین غیر سیگاری ♦ ارائه مداخله توسط معلمین کارآمد ♦ درگیر کردن والدین در ارائه خدمت (ارائه اولیه ابزار حمایتگر در منزل) موانع: ارائه مداخله توسط معلمینی که از بحث در مورد سیگار کشیدن والدین اکراه دارند	C (نامعلوم)
Q4	مدارس بدون دود: شواهد بدست آمده از مطالعاتی از انگلستان، امریکا و کانادا نشان داده که وسعت و اجرای سیاست مدرسه بدون دود به عنوان یک مانع یا تسهیلگر برای برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه عمل می کند. تسهیلگرها شامل: ♦ سیاستهای بدون سیگار در تمامی نواحی داخلی و همه محوطه مدارس ♦ سیاستهای بدون سیگار که برای پرسنل و دانش آموزان اعمال می شود و موانع شامل: ✧ وجود نواحی سیگار طراحی شده در محوطه یا ساختمانهای مدرسه ✧ اجرای ضعیف سیاستهای بدون سیگار	C (نامعلوم)
Q5	محتوای برنامه: شواهد بدست آمده از مطالعاتی از انگلستان، امریکا و کانادا نشان داده که اجزای خاصی از برنامه برای پیشگیری مبتنی بر مدرسه به عنوان یک مانع یا تسهیلگر عمل می کند . تسهیلگرها شامل: ♦ محتوای نوآورانه و تعاملگرانه ♦ محتوایی که شامل ایفای نقش باشد (role playing) ♦ محتوایی که شامل ابزار جدید، مثل هزینه سیگار باشد ♦ محتوایی که شامل اصلاح بدفهمی ها از شیوع بالای سیگار در میان جوانان باشد ♦ محتوایی که از لحاظ قومی و فرهنگی حساس باشد ♦ محتوای بدون پیش داوری موانع شامل: ✧ محتوایی که شامل دیدگاههای مبتنی برترس برای پیشگیری باشد ✧ محتوایی که بیش از حد پیچیده باشد	C (نامعلوم)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

بحث

هدف این مطالعه تهیه و تدوین یک راهنمای عمل جهت پیشگیری از مصرف سیگار در مدارس بود. برای طراحی یک راهنمای، مطالعات و شواهد ملی و بومی لازم است، اما در طی این مطالعه، شواهد معتبر بومی و ملی برای برنامه ها و مداخلات پیشگیری از مصرف دخانیات یافت نگردید و لذا به بومی سازی یک راهنمای مناسب اقدام گردید. چه بسا وجود چنین شواهدی می توانست در بومی سازی هم موثر باشد.

نتایج این راهنما نشان می دهد که برای اجرای هرچه بهتر و اثربخش تر پیشگیری و کنترل دخانیات در مدارس، بکارگیری شیوه های متنوع مداخله، چند محوری بودن مداخلات، همکاری بین بخشی ارگانها و بطور کلی همیاری و اتحاد همه جانبه تمامی افراد و دست اندرکاران این عرصه

ضروری است. این موضوع در مطالعات مختلف ذکر شده و از جمله در پایگاه جامع آموزش و فرهنگ سازی سلامت، مربوط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم بیان شده است (۱۷). در این پایگاه استفاده از دانش آموزان الگو به عنوان همیار کنترل دخانیات، کاهش یا عدم مصرف سیگار توسط معلمان و کارکنان مدارس، آموزش اثرات بهداشتی مصرف و عواقب اجتماعی منفی آن، توجه به نقش معلمان و والدین، اجرای برنامه های آموزشی ترک سیگار، به عنوان راهکارهای موثر بیان شده است. همچنین براساس مطالعه بکینگر و همکاران (۱۸)، برنامه های آموزشی مبتنی بر مدرسه عموماً در طولانی مدت به تنهایی برای پیشگیری از شروع مصرف دخانیات در نوجوانان بی اثر بوده است اما موقعی که با دیگر رویکردها مانند سیاستهای بدون دخانیات و رسانه ها ترکیب می شوند موثر هستند. تحقیقات پیشگیری باید چند رویکردی باشد و به وضعیتهای اجتماعی که در ایجاد رفتارهای مسئله دار جوانان از جمله مصرف دخانیات موثر هستند، توجه داشته باشد. لازم است پیشگیری و ترک دخانیات با هم و بر روی جوانان متمرکز شود. همچنین نیاز است که برنامه های پیشگیری و ترک علاوه بر سیگار سایر محصولات دخانی را هم در بر بگیرند (۱۸). دانشگاه کلمبیا اثربخشی تلفیق یک برنامه مبتنی بر والدین را در یک مداخله مبتنی بر مدرسه برای پیشگیری از سیگار در میان دانش آموزان لاتینی امریکایی افریقایی، ارزشیابی کرده است. مطالعه نشان داد که تلفیق برنامه پیشگیری از سیگار مبتنی بر والدین در برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه، می تواند رفتار سیگار کشیدن را در قسمتی از جوانان مدارس متوسطه کاهش دهد (۱۹).

توصیه های عملی این راهنما که توسط متخصصان راهنمای اولیه ارائه و توسط نویسندگان این مطالعه بومی سازی گردید، شامل ۵ توصیه اصلی می باشد:

توصیه اول، دیدگاههای وسیع سازمانی یا «کل مدارس»: یعنی این برنامه باید کلیه مدارس، کلیه کارکنان، کلیه دانش آموزان و حتی خانواده ها را در بر بگیرد. این دیدگاه در راستای مطالعات فوق الذکر می باشد.

توصیه دوم، مداخلات با محوریت افراد بزرگسال: منظور آموزش دانش آموزان توسط معلمان، مربیان آموزشی و یا افراد حرفه ای از بخش سلامت است. در رابطه با برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه، متا آنالیزهای جامع بیان می کنند که این برنامه هامی توانند اثرات معنی دار و عملی هم در طولانی مدت و هم کوتاه مدت داشته باشند. یافته ها اظهار می کنند که برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه می توانند اثرات معنی دار طولانی مدت داشته باشند اگر آنها اولاً حاوی برنامه های نفوذ اجتماعی تعاملی یا برنامه های مهارتهای اجتماعی[4] باشند، ثانیاً پانزده جلسه یا بیشتر را تا حداقل کلاس نهم در بر بگیرند و ثالثاً اثرات کوتاه مدت مهمی را تولید نمایند (۲۰).

توصیه سوم، مداخلات همتامحور: یعنی دانش آموزان توسط همشاگردیهای خود که خود، آنها را انتخاب کرده اند آموزش داده شده و مصرف دخانیات را به عنوان یک

[4] interactive social influences or social skills

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

ضد ارزش به چالش بکشند. البته با این که آموزش سلامت توسط همتایان بطور وسیع استفاده می شود و موثر است و نیز اطلاعات، مخصوصاً اطلاعات حساس، بین افراد همسن آسانتر به اشتراک گذاشته می شود، اما مشکلات خاص خود را دارد. مسائلی مانند روش شناسی و تحلیل مطالعه، پیچیدگی مطالعه و لزوم اندازه نمونه بزرگ، ایجاد و بقای برنامه، تامین نوجوانان با اطلاعات درست برای مهارت در مسائل مرتبط با سلامت و صرف وقت زیاد برای آموزش آنان را به همراه دارد (۲۱).

توصیه چهارم، آموزش و توسعه همه جانبه: باید تلاش همه جانبه در برنامه های مشارکتی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی آموزش و مداخلات پیشگیری از دخانیات توسط انجمنهای ملی و محلی آموزشی، دانشگاههای تربیت معلم، خدمات بهداشت و سلامت مدرسه، سازمانهای داوطلب، دانشگاهها و خدمات نظام سلامت صورت گیرد.

مطالعات مختلف نشان داده که برنامه پیشگیری مبتنی بر مدرسه، بایستی جزئی از یک برنامه کلی تر کنترل مصرف دخانیات باشد (۲۴-۲۲)، همچنین نتایج یک مطالعه در امریکا ذکر کرده برنامه های مبتنی بر مدرسه می تواند شروع سیگار را ۲۹-۲۵ در صد و برنامه های مدرسه به علاوه جامعه می تواند شروع سیگار را ۴۰-۳۵ درصد تا اتمام دبیرستان کاهش دهد (۲۵).

توصیه پنجم، اتخاذ یک رویکرد هماهنگ: مداخلات پیشگیری از سیگار در مدارس و دیگر موسسات آموزشی، باید قسمتی از یک استراتژی محلی کنترل دخانیات باشد. از جمله این استراتژیها می توان به مداخلات اولیا محور، مداخلات همتا محور، مسابقات کلاس بدون سیگار همراه با مشوقهایی برای کلاسهای بدون سیگار (۲۸-۲۶)، و البته همراه با سایر سیاستگزاریهای کنترل دخانیات همانند ممنوعیت فروش سیگار به نوجوانان واستفاده از رسانه ها و بطور کلی مداخلات جامعه اشاره کرد (۳۶-۲۹).

مطلوب است اگر برنامه های ترک سیگار هم به عنوان قسمتی از برنامه های کلی کنترل و پیشگیری از دخانیات منظور گردد. بدیهی است که ترک دخانیات کارساده ای نیست. این کار یک پدیده چند بعدی، رفتاری وروانشناختی است و استفاده کنندگان خیلی کمی میتوانند با موفقیت این عادت را در اولین تلاش، ترک نمایند، اما مدارک قوی وجود دارد که این کار قابل انجام است. از مشاوره برای ترک تا دستورالعملهای درمانی، راههای موثر بسیاری وجود دارد (۳۷).

قابل توجه است با توجه به اینکه در ایران شواهد مستدل در موضوعاتی نظیر مداخلات مدرسه، مکانیسم ارائه خدمات، محتوای برنامه و مدارس بدون دود وجود ندارد، اگر این امکان بوجود آید، پس از اجرایی کردن این راهنما، مطالعات مناسب در این موضوعات طراحی شده و با لحاظ کردن شرایط بومی و اجتماعی کشور انجام شوند، نتایج مربوطه در به روز کردن آتی این راهنما مفید خواهد بود.

نتیجه گیری

انجام و اجرای اجزای این راهنما جهت تعیین موثرترین مکانیسمهای اجرای آن در کشور و ارزیابی هزینه اثربخشی هر کدام از اجزا جهت بکارگیری اجزای هزینه اثربخش در آینده، به محققین توصیه می گردد. همچنین تسهیل انجام تحقیقات مذکور به مدیران و مسئولین مربوطه پیشنهاد می شود.

از جمله مهمترین محدودیت در انجام این مطالعه، عدم وجود مطالعات مداخله ای کافی در ایران برای بکارگیری در بومی سازی راهنما بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و تقدیر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز که انجام این مطالعه را میسر نمود اعلام می دارند. لازم به ذکر است که این مطالعه قسمتی از پایان نامه دوره دکترای تخصصی است که با شماره ۵/۷۷/۱۱۶۷ در مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز ثبت شده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

Reference

1. World Health Organization. Tobacco fact sheet No 339. Updated July 2013. 2013. Availabile from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html. Access time: 3 Sep 2015.
2. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI): Health effects of smoking among young people, 2009. Available from: http://www.who.int/tobacco/research/youth/health_effects/en/index.html. Access time: 7 Feb 2015.
3. National Cancer Institute. Cancer trends progress report: 2011/2012 update. 2012. Bethesda, National Cancer Institute. Availabile from: http://progressreport.cancer.gov. Access time : 3 Sep 2015.
4. Partnership for a tobacco-free Maine. Info for parent: Health effects of tobacco. 2015. Availabile from: http://www.tobaccofreemaine.org/channels/parents/learn_more_about_health_effects.php. Access time: 7 Feb 2015.
5. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tobacco Prevention and Control Research Center (TPCRC). 2015. Availabile from: http://tpcrc.sbmu.ac.ir. Access time: 7 Feb 2015.
6. Heydari G, Ebn Ahmadi A, Londo HA, Shadmehr MB, Fadaizadeh L. The second study on WHO MPOWER tobacco control scores in the Eastern Mediterranean countries based on the 2013 report: Improvements during two years. Archives of Iranian Medicine 2014;17:621-5.
7. Mohammadpoorasl A. Increasing the trend of smoking in Iranian adolescents. Iranian Journal of Public Health 2013;42:1197-8.
8. Mohammadpoorasl A, Fakhari A, Rostami F, Shamsipour M, Rashidian H, Goreishizadeh MA. Predictors of transition in different stages of smoking: a longitudinal study. Addict Health 2010;2:49-56.
9. Oh DL, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, et al. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2010;10:74.
10. Moeini B, Allahverdipour H. Cigarette use and its predicting factors among male high school students. Journal of Nursing and Midwifery 2010;8:238-245.
11. Karimy M, Niknami S, Heidarnia A, Hajizadeh I. Assessment of knowledge, health belief and patterns of cigarette smoking among adolescents. JFUMS 2011;1 :142-148.
12. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Syst Rev 2013;4: CD001293.
13. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. Prev Med 2008;46:289-97.
14. Hoeflmayr D, Hanewinkel R. Do school-based tobacco prevention programmes pay off? The cost-effectiveness of the 'Smoke-free Class Competition'. Public Health 2008;122:34-41.
15. The AGREE Next Steps Consortium (2009) Appraisal of guidelines for research and evaluation. Agree II. Available from www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/. Access time:13-9-2015.
16. NICE. School-based interventions to prevent smoking (PH 23). 2010. Availabile from: http://guidance.nice.org.uk/PH23. Access time: 3 Sep 2015.
17. Ministry of Health and Medical Education. Education and culture of health database. Availabile from: www.salamat.gov.ir. Access time: 3 Sep 2015.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

18. Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco preventionand cessation: current status and future directions. Tob Control 2003;12 Suppl 4:IV46-53.
19. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, Gonzalez B, Bouris A, Banspach S. The Linking Lives health education program: a randomized clinical trial of a parent-based tobacco use prevention program for African American and Latino youths. Am J Public Health 2010;100:1641-7.
20. Flay BR. The promise of long-term effectiveness of school-based smoking prevention programs: a critical review of reviews.Tob Induc Dis 2009; 5:7.
21. Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. Health Educ Res 2000;15:533-45.
22. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies.Tob Control 2000;9:47-63.
23. Camarelles Guillem F, Dalmau Gonz?lez-Gallarza R, Clemente Jiménez L, D?az-Maroto Mu?oz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC, et al. Consensus report for the clinical care of smoking cessation in Spain. Med Clin (Barc) 2013;140:272.e1-272.e12.
24. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. Lancet 2008;371:1595–1602.
25. Flay BR. School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects. Tob Induc Dis 2009; 5: 6.
26. Varun N. A novel approach to preventing adolescent smoking in schools. Thorax 2008; 63:882.
27. Lotrean LM, Dijk F, Mesters I, Ionut C, De Vries H. Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents.Health Educ Res 2010;25:803-14.
28. Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. Cochrane Database of Syst Rev 2012;10:CD008645.
29. Atienza AA, King AC. Community-based health intervention trials: An overview of methodological issues. Epidemiol Rev 2002;24:72-9.
30. Ross H, Powell LM, Bauer JE, Levy DT, Peck RM, Lee HR.Community-based youth tobacco control interventions: cost effectiveness of the Full Court Press project.Appl Health Econ Health Policy 2006;5:167-76.
31. Forster JL, Murray DM, Wolfson M, Blaine TM, Wagenaar AC, Hennrikus DJ. The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. Am J Public Health 1998;88:1193-8.
32. Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Klesges LM, Bull S, Glasgow RE. Behavior change intervention research in community settings: how generalizable are the results?. Health Promot Int 2004;19:235-45.
33. Biglan A, Ary DV, Smolkowski K, Duncan T, Black C. A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. Tob Control 2000;9:24-32.
34. Fisher EB, Auslander WF, Munro JF, Arfken CL, Brownson RC, Owens NW. Neighbors for a smoke free north side: evaluation of a community organization approach to promoting smoking cessation among African Americans. Am J Public Health 1998; 88: 1658–1663.
35. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. cohort results from a four-year community intervention. Am J Public Health 1995; 85: 183–192.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]

36. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people.Cochrane Database Syst Rev 2011;(7):CD001291.
37. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI): Quitting tobacco. [online]. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/tobacco/quitting/en/. Access time: 8 Jul 2015.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.117]