



[راهنمای پیشگیری از مصرف دخانیات مبتنی بر مدرسه]

خلاصه راهنما

این راهنما با هدف پیشگیری از دخانیات در میان کودکان و جوانان و به روش مبتنی بر شواهد تهیه و بومی سازی شده است و اهداف زیر را دنبال می کند : افزایش آگاهی و بهبود نگرش دانش آموزان نسبت به مضرات دخانیات و مزایای ترک مصرف آن، کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در دانش آموزان، کاهش میزان آغاز مصرف دخانیات در میان دانش آموزان (در کوتاه مدت) و کاهش بیماریهای ناشی از دخانیات، کاهش مراجعه به پزشک، کاهش هزینه های فانونار، کاهش هزینه های سیستم سلامت، ارتقای سلامت افراد جامعه و کاهش مرگ و میر در جامعه (در دراز مدت)

نویسندگان:

فریبا خیاطی، دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات کشوری مدیریت بهداشتی درمانی

فاطمه صادقی غیاثی، کارشناس ارشد اطلاع رسانی پزشکی، کارشناس ارشد قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد

دکتر سکینه حاج ابراهیمی، عضو هیئت علمی و رئیس قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر حمید الله وردی پور، عضو هیئت علمی و رئیس دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ممیز راهنما:

دکتر علی جنتی، عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

آدرس قطب علمی آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد

تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی، قطب علمی آموزشی پزشکی مبتنی بر شواهد

شماره تلفن: ۳۳۴۲۲۱۹ - ۰۴۱۱

آدرس مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی:

تبریز، چهارراه عباسی، بلوار شهید رجایی، خیابان ۲۴ متری شفیع زاده، مرکز تحقیقات مدیریت بهداشتی درمانی

شماره تلفن: ۶۵۷۸۹۷۹ - ۰۴۱۱

اعضای پانل تخصصی:

- دکتر جبرئیل شعر بافی، مدیر گروه بیماریهای غیر واگیر استان آذربایجان شرقی
- دکتر نازلی سلطانی، کارشناس واحد پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر استان آذربایجان شرقی
- معرفت پورزاهدی، کارشناس مسئول مرکز ترک دخانیات در شهرستان تبریز
- وهاب اصل رحیمی، مدیر گروه بهداشت روان و بهداشت مدارس مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی
- مهندس سعید همتی، کارشناس واحد بهداشت محیط استان آذربایجان شرقی
- عین الله شعبانی، معاونت پیشگیری اداره بهزیستی استان آذربایجان شرقی
- مجید ملک پور، رئیس اداره مراقبت در برابر آسیبهای اجتماعی اداره آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی
- دکتر علی حسین زینال زاده، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر سکینه محمد علیزاده، عضو هیئت علمی گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر حمید الله وردی پور، عضو هیئت علمی گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر سکینه حاج ابراهیمی، رئیس مرکز پزشکی مبتنی بر شواهد دانشگاه علوم پزشکی تبریز، متخصص متدولوژی پزشکی مبتنی بر شواهد
- فریبا خیاطی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و دانشجوی دوره دکترای تخصصی پژوهشی در مرکز کشوری تحقیقات مدیریت سلامت

مصرف دخانیات یکی از مهمترین مسائل بهداشتی در جهان محسوب می گردد و مشکلات بسیاری به لحاظ

بهداشتی و اقتصادی به بار می آورد. عوارض بهداشتی آن بخصوص در جوانان بیشتر است.

مصرف دخانیات اغلب در سنین نوجوانی شروع می گردد که غالباً اعتیاد به نیکوتین را به دنبال خواهد داشت. از

طرفی مداخلات مبتنی بر مدرسه می تواند در پیشگیری و یا به تاخیر انداختن مصرف دخانیات نقش موثری داشته

باشد و با توجه به این که در ایران برنامه مدونی جهت پیشگیری از مصرف دخانیات در دانش آموزان وجود

نداشت، بدین منظور پس از تشکیل یک تیم برای انتخاب و بومی سازی یک گایدلاین به روش مبتنی بر شواهد،

اقدام به جستجوی پایگاههای اطلاعاتی مربوطه گردید و پس از یافتن ۱۱ مورد گایدلاین با عناوین مورد نظر، با

استفاده از استاندارد AGREE مورد ارزیابی و نمره دهی قرار گرفت. در نهایت گایدلاینی که بیشترین امتیاز را

داشت انتخاب گردید، که ترجمه و در یک پانل تخصصی؛ بومی سازی گردید.

بطورکلی این گایدلاین ۵ اقدام عملی زیر را برای مداخلات مبتنی بر مدرسه توصیه می نماید:

۱- دیدگاههای وسیع سازمانی یا «کل مدارس»

۲- مداخلات اولیامحور

۳- مداخلات همتامحور

۴- آموزش و توسعه

۵- رویکرد هماهنگ

مقدمه

راهنماهای بالینی مجموعه ای از شواهد بالینی و اجماع نظر متخصصین می باشند که به کارکنان سلامت در خصوص تصمیم گیری در مورد بیماریها یا حالات خاص کمک می کنند (۱) و بومی سازی راهنمای بالینی به عنوان دیدگاهی سیستماتیک برای استفاده یا اصلاح راهنمایی که در فرهنگ و یا سازمانی دیگر تولید شده و در محیط متفاوتی استفاده خواهد شد، تعریف می شود (۱).

قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز طی یک پروژه تحقیقاتی که قسمتی از رساله دوره دکترای تخصصی پژوهشی است با هدف پیشگیری از دخانیات در میان کودکان و جوانان، اقدام به تهیه این راهنما نموده است. این راهنما به روش مبتنی بر شواهد تهیه و بومی سازی شده، و اهداف زیر را دنبال می کند:

در کوتاه مدت: افزایش آگاهی و بهبود نگرش دانش آموزان نسبت به مضرات دخانیات و مزایای ترک مصرف

آن، کاهش میزان شیوع مصرف دخانیات در دانش آموزان، کاهش میزان آغاز مصرف دخانیات در میان دانش آموزان، و

در دراز مدت: کاهش بیماریهای ناشی از دخانیات، کاهش مراجعه به پزشک، کاهش هزینه های خانوار،

کاهش هزینه های سیستم سلامت، ارتقای سلامت افراد جامعه و کاهش مرگ و میر در جامعه.

تکانه با توجه به اهداف این راهنما، برای موسسات آموزشی زیر از عنوان «مدارس» استفاده شده است:

♦ **مدارس ابتدایی و متوسطه دولتی و غیر انتفاعی**

♦ **هنرستان های دولتی و غیر انتفاعی**

♦ **دانشکده های آموزش عالی**

این راهنما برای پرسنل، مدیران و کارکنانی که دارای نقش و مسئولیتی مستقیم یا غیر مستقیم، در پیشگیری از مصرف دخانیات در کودکان و جوانان هستند، قابل استفاده می باشد. این افراد شامل کارکنان نظام سلامت کشور، آموزش و پرورش، عموم مردم، بخشهای خصوصی، و افراد داوطلب در جامعه می گردد. همچنین ممکن است برای کودکان، جوانان، والدین، مربیان و دیگر اعضای جامعه جالب و مفید باشد.

این راهنما به روش مبتنی بر شواهد تهیه شده و مبنای اصلی آن راهنمای شماره ۲۳ سلامت عمومی، بخش سلامت انجمن ملی سلامت و تعالی بالینی انگلستان می باشد. این انجمن، کمیته ای با نام کمیته مشاور مداخلات سلامت عمومی تشکیل داده است که شواهد را بررسی و توصیه های لازم در مورد مداخلات سلامت عمومی را تنظیم می کند. اعضای کمیته از متخصصین رشته های مختلف، شامل کارکنان سلامت عمومی، افراد بالینی، کارمندان مسئولین محلی، معلمان، افراد حرفه ای مراقبتهای اجتماعی، نمایندگان عمومی و متخصصین دانشگاهی هستند.

کمیته مشاور مداخلات سلامت عمومی انگلستان معتقد است که سیگار در هر سنی خطرناک است و همچنین کسی که زودتر شروع به مصرف سیگار می کند، احتمالاً برای مدت طولانی تر ی سیگار می کشد و زودتر از وضعیت یا بیماری مربوطه می میرد. با توجه به اینکه خطر بیماری با طول مدت زمان کلی مصرف سیگار در ارتباط می باشد، بنابراین حتی تاخیر در شروع مصرف سیگار هم ارزشمند است. بعلاوه این کمیته به این نتیجه رسید که جوانانی که در دوره های بعدی زندگی شروع به استعمال سیگار می کنند، احتمال ترک سیگار توسط آنها بیشتر است. البته در عمل، مرز بین پیشگیری از سیگار و ترک آن کاملاً مشخص نیست، بنابراین محافظت کودکان و جوانان از مصرف سیگار مانند بالغین ممکن است هم شامل فعالیتهای پیشگیری و هم شامل ترک باشد (اگر چه

ترک سیگار خارج از هدف این راهنما می باشد (۱). بر این اساس، کمیته مذکور پیشنهاد کرده است که سیاست‌گذاری در موسسات آموزشی بدون سیگار بایستی شامل تلاشهایی برای ارتقای خدمات توقف سیگار باشد (هم برای دانش آموزان و هم کارکنان).

نکته جالب توجه این است که اکثر افراد، 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 (۲). در ایران نیز متأسفانه استعمال دخانیات به رده سنی ۱۲ سال رسیده است (۳). بررسی روند مصرف دخانیات در ایران نشان از افزایش آن در سنین نوجوانی (دانش آموزان) دارد.

لازم به ذکر است که یک راهنمای ترک دخانیات، در ایران توسط وزارت بهداشت و درمان برای راه اندازی مراکز ترک تهیه شده است (۴) که این راهنما می تواند مکمل آن باشد، اما جایگزین آن نیست.

بخش پنجم : توصیه ها (Rcomendations)

این راهنما مربوط به مداخلات مبتنی بر مدرسه برای پیشگیری از دخانیات در میان کودکان و جوانان می باشد

که به روش مبتنی بر شواهد تهیه و در یک پانل تخصصی بومی سازی شده است.

تکانه با توجه به اهداف این راهنما، برای موسسات آموزشی زیر ازعنوان «مدارس» استفاده شده است:

- ♦ مدارس ابتدایی و متوسطه دولتی و غیرانتفاعی
 - ♦ هنرستان های دولتی و غیر انتفاعی
 - ♦ دانشکده های آموزش عالی
-

توصیه ۱: دیدگاههای وسیع سازمانی یا «کل مدارس»

(بیانیه های شواهد QR1, QR5)

جمعیت هدف کیست؟

- ✓ کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدرسه یا سایر موسسات آموزشی حضور دارند.
- ✓ کسانی که در مدارس و دیگر موسسات آموزشی مربوط به زیر ۲۰ ساله ها کار می کنند.
- ✓ والدین و مراقبت کنندگان.

چه کسی باید اقدامات را انجام دهد؟

مدیران مدارس، معلمان، معاونین و دیگر کسانی که در مدارس ابتدایی، متوسطه و دانشکده های آموزش عالی کار می کنند. اینها شامل :

- مدارس مروج سلامت و رهبری آموزش عالی سلامت
- پرسنل، هماهنگ کنندگان آموزش مسائل فردی، اجتماعی و سلامت
- مربیان بهداشت مدرسه
- مشاوران، می گردن.

چه اقداماتی باید انجام شود؟

- ✓ یک سیاست کلی مدرسه بدون دخانیات یا سیاست وسیع سازمانی در مورد مشاوره با کارکنان و افراد جوان طراحی کنید. این سیاست باید شامل فعالیتهای پیشگیری از دخانیات (هدایت شده بوسیله بالغین یا افراد جوان) و توسعه و آموزش کارکنان باشد. سیاست باید نیازهای فرهنگی، فیزیکی و یا آموزشی مخصوص کودکان و جوانان را در نظر بگیرد (برای مثال، ممکن است نیاز به چاپ متون اطلاعاتی زیادی باشد).
- ✓ اطمینان حاصل کنید که این سیاست، متناسب با سایر برنامه های کلی تر ترویج مدارس سالم در مورد تندرستی، آموزش مسائل جنسی و ارتباطات، آموزش سوءمصرف دارو و رفتار می باشد.
- ✓ سیاست را برای همه، در هر زمانی اعمال کنید. در هیچ منطقه ای اجازه ندهید که محلهایی برای سیگار کشیدن تعیین شود.
- ✓ سیاست را بطور وسیع به اطلاع عموم برسانید و اطمینان حاصل کنید که کاملاً قابل قبول است، چنانکه همه به آسانی از محتوای آن آگاه شوند (شامل تهیه یک متن چاپی قابل دسترس).
- ✓ با اطلاع رسانی در مورد خدمات توقف دخانیات، علاوه بر پیشگیری، ازحمایتهای سیاسی ترک دخانیات، که به آسانی برای پرسنل و دانش آموزان قابل دسترس است اطمینان حاصل شود. این اطلاعات باید در برگیرنده جزئیاتی در باره نوع کمک، زمان و مکان، و چگونگی دسترسی به خدمات باشد.

توصیه ۲: مداخلات اولیا محور

(بیانیه های شواهد ES1,ES7,ES13,ES19,ES21,ES26,QR4,QR6)

جمعیت هدف کیست؟

- کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدرسه یا سایر موسسات آموزشی حضور دارند.

چه کسی باید اقدام کند؟

مدیران مدارس، معلمان، معاونین و دیگر کسانی که با مدارس ابتدایی و متوسطه و دانشکده های آموزش عالی کار می کنند. شامل :

- مدارس مروج سلامت و رهبری آموزش عالی سلامت
- مسئولین آموزش مسائل فردی، اجتماعی و سلامت
- مربیان بهداشت مدرسه
- مشاوران، می گردند.

چه فعالیتهایی باید انجام شود؟

✓ اطلاعات در باره اثرات بهداشتی مصرف دخانیات، همچنین اثرات قانونی، اقتصادی و اجتماعی آن را در کوریکولوم (برنامه درسی) ادغام کنید. برای مثال بحثهای کلاسی در باره دخانیات می تواند زمانی که یکسری موضوعات مانند زیست شناسی، شیمی، مدنی، جغرافیا و ریاضیات تدریس می شود، و یا حتی در کلاسهای پرورشی مطرح شود.

✓ ارائه مداخلاتی که هدفش پیشگیری از مصرف دخانیات به عنوان قسمتی از آموزش مسائل فردی،

اجتماعی و سلامت (آموزش داروهای مخدر) و فعالیتهای مربوط به مدارس مروج سلامت است . آنها

را با سیاست کلی مدارس بدون دخانیات ارتباط دهید و کودکان و جوانان را در طراحی آنها درگیر

نمائید. مداخلات باید:

✦ سرگرم کننده، عینی و تعاملی باشد

✦ متناسب با سن و توانایی باشد

✦ قومی، فرهنگی ، وابسته به جنسیت و بدون پیش داوری باشد

✦ با هدف توسعه مهارتهای تصمیمگیری بوسیله تکنیکهای یا دگیری فعال باشد

✦ شامل استراتژیهای برای افزایش اعتماد به نفس و مقاومت در برابر تشویق به مصرف دخانیات

از رسانه، اعضای خانواده، همتایان و صنایع دخانیات باشد

✦ حاوی اطلاعات دقیق در باره دخانیات، شامل شیوع و پیامدهای آن باشد : مصرف دخانیات

بوسیله بالغین و همتایان باید بحث و به چالش کشیده شود

✦ به وسیله معلمان و معاونان آموزشی سطح بالاتر که در رابطه با این موضوع، معتبر و شایسته

هستند، یا بوسیله افراد حرفه ای آموزش دیده برای کار با کودکان و جوانان در باره اثرات

دخانیات ارائه شود

✓ از آموزش پیشگیری از مصرف دخانیات در کلاس یا فعالیتهای فوق برنامه، همانند برگزاری نمایشگاه

سلامت در مدرسه و سخنرانان مدعو، تا سن اتمام مدرسه حمایت کند.

✓ والدین و مراقبین را به درگیر شدن تشویق نماید، برای مثال، با اجازه دادن به آنها که در باره کار

کلاسی شناخت پیدا کنند یا بوسیله درخواست کمک از آنها برای انجام تکالیف.

✓ با سازمانهای مرتبط با فعالیتهای پیشگیری و ترک دخانیات برای ارائه مداخلات کار کند . این فعالیتهای

شامل خدمات سازمانهای مرتبط با پیشگیری از آسیبهای اجتماعی، انجمنهای محلی کنترل دخانیات و

خدمات توقف سیگار در سیستم سلامت می گردد.

توصیه ۳: مداخلات همتا محور

(بیانیه های شواهد ES11,QR3;IDE)

جمعیت هدف کیست؟

- کودکان و جوانان با سن ۱۱ تا ۱۶ سال که در مدارس متوسطه حضور دارد.

چه کسی باید اقدام کند؟

مدیران مدارس، معلمان، معاونان در مدارس متوسطه و کسانی که با آنان کار می کنند. اینها شامل :

- مسئولین مدارس مروج سلامت
- هماهنگ کنندگان آموزش مسائل فردی، اجتماعی و سلامت
- مربیان بهداشت مدرسه
- مشاوران، می گردد.

آنها چه فعالیتی باید انجام دهند؟

✓ به ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد همتا محور با هدف پیشگیری از دخانیات، توجه کنند. آنها باید:

- ✦ با فعالیتهای آموزش سلامت، مرتبط شوند
- ✦ هم در کلاس و هم بطور غیررسمی در خارج از کلاس ارائه شوند
- ✦ بوسیله افراد جوان معرفی شده بوسیله خود دانش آموزان رهبری شوند (رهبران همتا باید همسن یا بزرگتر باشند)

✓ مطمئن شوید که رهبران هم‌تا خارج از مدرسه به وسیله افراد بزرگسالی که تخصص مناسبی دارند،

آموزش ببینند

✓ در مورد اینکه رهبران هم‌تا حمایت‌هایی را از این متخصصین در طول دوره برنامه دریافت می‌کنند،

اطمینان حاصل کنید

✓ مطمئن شوید که افراد جوان می‌توانند و توجه می‌کنند که هم‌کلاسی‌ها و هنجارهای خانواده را در

مورد دخانیات به چالش بکشند، و خطرات مرتبط با دخانیات و فوائد عدم آن را بحث کنند.

توصیه ۴: آموزش و توسعه

(بیانیه های شواهد QR4)

جمعیت هدف کیست؟

معلمان، مددکاران و افراد شاغل در سیستم سلامت، کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدرسه یا موسسه آموزشی دیگری حضور دارند. این موارد شامل:

- مدارس مروج سلامت و رهبری آموزش عالی سلامت
- هماهنگ کنندگان آموزش سلامت
- مربیان بهداشت مدرسه
- مشاوران، می گردد.

چه کسی باید اقدامات را انجام دهد؟

- مدیران مدارس، کارکنان سیستم سلامت عمومی، بدنه های آموزش دهنده معلمان و ارائه کنندگان آموزش مداوم ضمن خدمت.

چه اقداماتی باید انجام شود؟

- ✓ آموزش را برای همه پرسنلی که در کار پیشگیری از دخانیات درگیر خواهند شد، ارائه کنید.
- ✓ در برنامه های مشارکتی برای طراحی، ارائه، پایش و ارزشیابی آموزش و مداخلات پیشگیری از دخانیات، تلاش کنید. افراد مشارکت کننده باید شامل: انجمنهای ملی و محلی آموزشی، دانشگاههای تربیت معلم، خدمات بهداشت و سلامت مدرسه، سازمانهای بخش داوطلبی، دانشگاهها و خدمات نظام سلامت، باشد.

توصیه ۵: رویکرد هماهنگ

(IDE)

جمعیت هدف کیست؟

- کودکان و جوانان زیر ۲۰ سالی که در مدرسه یا موسسه آموزشی دیگری حضور دارند.

چه کسی باید اقدام کند؟

- 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 و ماموران ملی و منطقه ای سلامت
- انجمن کنترل دخانیات.

چه فعالیتهایی باید انجام شود؟

- ✓ مطمئن شوید که مداخلات پیشگیری از دخانیات در مدارس و دیگر موسسات آموزشی، قسمتی از یک استراتژی محلی کنترل دخانیات هستند.

✓ این که مدارس و دیگر موسسات آموزشی، مداخلات پیشگیری از دخانیات مبتنی بر شواهد ارائه

می کنند را تضمین کنید . اینها باید با سیاست بدون سیگار آنها مرتبط شود و با استراتژیهای کنترل

دخانیات ملی و منطقه ای سازگار باشد.

✓ این که مداخلات با کوریکولوم، ادغام شده، کلر و آموزش سلامت با وضعیت مدارس مروج سلامت و

آموزش عالی سلامت مرتبط شود را تضمین کنید . آنها باید همچنین مدل توسعه مدارس مروج سلامت

را دنبال کنند.

نکته هیچ برنامه ای به تنهایی نمی تواند از مصرف دخانیات در کودکان و جوانان پیشگیری کند بلکه یک دیدگاه وسیع در برگیرنده پیآمدهای فردی، اجتماعی، و مشترک لازم است . همچنین عناصر مختلف یک دیدگاه جامع ممکن است بطور هم افزایی عمل نمایند . برای مثال فعالیتها با هدف افراد جوان در مدارس، ممکن است بر روی عادات سیگار کشیدن والدین نیز تأثیرگذار باشد . و نیز اگر والدین برای تنوک دخانیات تشویق و حمایت شوند، بر نگرش و رفتار کودکانشان در ارتباط با دخانیات اثر خواهد کرد . بنابراین این راهنما می تواند جزئی از برنامه کلی کنترل دخانیات در ایران باشد.

اجرای برنامه:

برای اجرای برنامه ، ضمن طراحی یک برنامه عملیاتی جهت عملی نمودن توصیه ها، توجه به نکات ذیل لازم خواهد بود.

زمینه های ارائه مداخلات مبتنی بر مدرسه می توانند به عنوان مانع یا تسهیلگر برای ارائه موثر، عمل کنند که باید مورد توجه واقع شوند.

تسهیل کننده های اصلی موارد زیر می باشند:

- ♦ زمان بندی مداخله برای متناسب کردن برنامه با جداول زمانی مدرسه، زمان بندی مداخله برای گنجانیدن جلسات چند گانه در دوره های تحصیلی چند ساله
- ♦ ترویج پیغامهای پیشگیری از سیگار در برنامه درسی مدرسه (کوریکولوم) تا سن ترک مدرسه
- ♦ ارائه مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه به عنوان قسمتی از استراتژی های ملی کنترل دخانیات
- ♦ جلب حمایت سازمانهای کلیدی مشارکت کننده در طراحی و ارائه برنامه (مثل خدمات بهداشتی در مدرسه و دانشگاهها).

مانع اصلی ارائه مداخله در مدارس این خواهد بود که معلمان و دیگر پرسنل مدرسه سیگاری باشند.

شواهدی وجود دارد گویای این که ارائه مداخلاتی که مستقیماً هنجارهای سیگار کشیدن همتایان، شامل جوانان را نشان می دهد، می تواند اجرای موفق مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه را تسهیل نماید.

تسهیل کنندگان اصلی برای ارائه مداخلات همتایان موارد زیر می باشند:

- ♦ نامزد شدن و انتخاب حمایتگران همتا بوسیله دانش آموزان همقطار
- ♦ آموزش برای حمایتگران همتا، ارائه شده در محلی دور از مدرسه و بوسیله افراد حرفه ای خارجی
- ♦ انعطاف پذیری برای حمایتگران همتا در این که چگونه و چه م وقع مداخله را انجام دهند
- ♦ افزایش ارزش مداخله همتایان بوسیله ورود دیگر امکانات کمک آموزشی پیشگیری (مثل ویدئو) در مدارس
- ♦ ارتباطات خوب بین تیم تحقیق یا تیم توسعه مداخله خارجی و پرسنل مدرسه.

موانع ارائه مداخلات همتا موارد زیر خواهند بود:

- ✧ اعمال نظرات معلمان در بلوه «تناسب» بعضی از حمایتگران همتای انتخاب شده بوسیله دانش آموزان همقطار
- ✧ هنجارهای همتایان و ساختار گروه همتا می تواند در این که چقدر و چه موقع بزرگسالان سیگار می کشند، تأثیرگذار باشد، و همچنین می تواند در این که تا چه حد جوانان پذیرای پیامهای پیشگیری ارائه شده بوسیله همتایان هستند، تأثیر بگذارد.

طبق راهنمای مبنا شواهد دیگری وجود دارد که نشان می دهد عناصر خاصی از ساز و کارهای ارائه برای مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه می تواند به عنوان مانع یا تسهیل کننده، عمل کند.

تسهیل کننده ها شامل:

♦ ارائه مداخله بوسیله افراد حرفه ای خارجی مورد اعتماد (مثل پزشکان)

♦ ارائه مداخله بوسیله معلمان غیر سیگاری

♦ ارائه مداخله بوسیله معلمان با خودکارآمدی بالاتر

♦ شمول والدین در ارائه (ارائه اولیه مواد حمایتگر در منزل) می شوند.

موانع شامل موارد زیر می باشند:

✧ ارائه مداخله بوسیله معلمانی که از بحث سیگار کشیدن والدین اکراه دارند

✧ ارائه مداخله بوسیله معلمانی که از روشهای منسوخ برای انتقال پیغامهای پیشگیری

استفاده می کنند

و شواهد دیگری گویای این است که عناصر ویژه محتوای برنامه می تواند به عنوان تسهیلگر یا مانع برای ارائه مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه عمل کند.

تسهیلگرها شامل موارد زیر می باشند:

- ◆ محتوا که نوآورانه و تعاملی باشد
- ◆ محتوا که شامل ایفای نقش باشد
- ◆ محتوا که شامل مواد جدید، مثل هزینه سیگار باشد
- ◆ محتوا که شامل اصلاح بدفهمی ها از شیوع بالای سیگار در میان جوانان باشد
- ◆ محتوا که از لحاظ قومی و فرهنگی حساس باشد
- ◆ محتوا که غیر قضاوتی باشد.

موانع شامل موارد زیر می گردد:

- ✧ محتوا که شامل دیدگاههای مبتنی بر ترس برای پیشگیری باشد
- ✧ محتوا که بیش از حد پیچیده باشد.

ارزیابی کیفیت

مقالات انتخاب شده در این مطالعه، با استفاده از چک لیست روش شناسی NICE در دستنامه فنی NICE با عنوان «روشهای تدوین راهنماهای سلامت عمومی NICE¹» برای بررسی دقت و کیفیت روش، مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور انعکاس خطر تورش بالقوه حاصل از طراحی و اجرای هر مطالعه، از درجه بندی (++)، (+، -) استفاده گردید.

کیفیت مطالعه

تمامی یا اکثر معیارهای چک لیست روش شناسی را پوشش می دهد. در مورد معیارهایی که پوشش داده نشده اند، فرض بر این شده است که نتیجه گیری را تغییر نخواهند داد.	++
برخی از معیارهای چک لیست روش شناسی را پوشش می دهد. در مورد معیارهایی که پوشش داده نشده اند و یا بطور دقیق توصیف نشده اند، برای تغییر دادن نتایج غیر محتمل فرض شده اند.	+
تعداد اندکی از معیارهای چک لیست روش شناسی را پوشش می دهد و یا شامل هیچ یک از معیارها نمی باشد. امکان تغییر نتیجه گیریهای مطالعه محتمل و یا خیلی محتمل فرض شده است.	-

¹ Methods for the development of NICE public health guidance

ضمیمه : شواهد

در صورتیکه که یک توصیه مستقیماً از بیانیه های شواهد استخراج نشده، اما از شواهد استنباط شده است بصورت (inference derived from the evidence) IDE نشان داده شده است.

توصیه ۱	بیانیه های شواهد QR1,QR5
توصیه ۲	بیانیه های شواهد ES1,ES7,ES13,ES19,ES21,ES26,QR4,QR6
توصیه ۳	بیانیه های شواهد ES11,QR3;IDE
توصیه ۴	بیانیه شواهد QR4
توصیه ۵	IDE

بیانیه شواهد:

سطح شواهد	توضیحات	بیانیه شواهد
خوب (A)	شواهدی از ۲۷ مطالعه یک متا آنالیز وجود دارد که نشان می دهد مداخلات ممکن است موثر باشند. متاآنالیز انجام شده بر روی ۲۷ کارآزمایی کنترل شده تصادفی تأثیر معناداری را در مداخلات مبتنی بر مدرسه به منظور پیشگیری از مصرف سیگار در میان کودکان را نشان داد. در بین نتایج کارآزمایی ها، همگونی آماری متعادلی وجود داشت.	ES1
متوسط (B)	شواهد متوسطی وجود دارند که نشان می دهند مداخلات چند جزئی متشکل از هر دو جزء جامعه و مدرسه (با یا بدون جزء اضافی خانواده)، در مقایسه با آموزشهای عادی در پیشگیری از کشیدن سیگار بی اثر هستند.	ES7
نامشخص (C)	روشن نیست که آیا اثربخشی برنامه های پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه وابسته به وضعیت شخص ارائه کننده آن است یا نه. شواهد متناقضی مبنی بر اینکه آیا برنامه های همتامحور موثرترین اثر مداخله ای را بر روی شروع سیگار کشیدن ایجاد می کند، وجود دارد. شواهدی وجود دارد که برنامه های معلم محور، مربی سلامت محور، و همتامحور کارآمدی یکسان دارند.	ES11
خوب (A)	شواهد روشنی وجود دارد که افزایش جلسات کمکی، اثربخشی برنامه های اصلی را افزایش می دهد.	ES13
نامشخص (C)	شواهد متناقضی از اثرات مداخله متفاوت براساس جنسیت وجود دارد. شواهد متوسطی وجود دارد که جنسیت یک پیشگویی کننده مهم در پس آزمون سیگار است، اما جهت کارآمدی (هم در دانش آموزان پسر و هم دختر) غیر قطعی است. بعلاوه، ارتباط جنسیت با شیوع سیگار به چگونگی اندازه گیری نتایج بستگی دارد.	ES19
متوسط (B)	شواهد متوسطی وجود دارند که نشان می دهد نژاد یک پیشگویی کننده مهم در مصرف سیگار است. همچنین شواهد متوسطی وجود دارند که نشان می دهد ارتباط مشاهده شده بین نژاد و مصرف سیگار، به چگونگی اندازه گیری نتیجه بستگی دارد.	ES21
خوب (A)	در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، تعامل با مداخله (برنامه جالب/خیلی جالب و مفید گزارش شد) مرتبط با وضعیت پیگیری مصرف سیگار نشان داده شد؛ کسانی که در تعامل بودند، احتمال کمتری داشت که در ۱ سال سیگاری باشند.	ES26

بیانیه شواهد	توضیحات	سطح شواهد
QR1	محتوای ارائه خدمت : شواهد بدست آمده از دو مطالعه کیفی از انگلستان (++)، یک مطالعه از کانادا (++)، و سه مطالعه از امریکا (همه +) نشان می دهد که جنبه های مختلف محتوای ارائه خدمت در مداخلات مبتنی بر مدرسه به عنوان مانع یا تسهیلگر برای ارائه موثر، عمل می کنند. تسهیلگران اصلی شامل: ♦ زمان بندی مداخله برای متناسب کردن (بدون تعارض) با برنامه ارزیابی مدرسه ♦ زمان بندی مداخله برای وارد کردن جلسات چند گانه در یک 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 وسیعتر ♦ در گیر ساختن سازمانهای همکار کلیدی در طراحی و ارائه (نظیر خدمات پرستاری مدرسه و دانشگاهها). و مانع اصلی: ✧ ارائه مداخله در مواردی که معلمان و دیگر پرسنل مدرسه سیگاری بودند.	متوسط (B)
QR3	مداخلات هم پیمان: شواهد بدست آمده از سه مطالعه در انگلستان (دوتا ++ و یکی +)، و یک مطالعه از امریکا (+) و یک مرور نظام مند (++) نشان می دهد که مداخلاتی که از طریق وارد کردن جوانان در ارائه خدمت، مستقیماً هنجارهای سیگار کشیدن همپایان را نشان می ده ند، می توانند اجرای موفق مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه را تسهیل نماید. تسهیلگران اصلی برای ارائه مداخلات همپایان موارد زیر بودند: ♦ تعیین حامیان همتا توسط دانش آموزان همقطار ♦ آموزش خارج از مدرسه حامیان همتا و توسط افراد حرفه ای خارجی ♦ انعطاف پذیری در مورد حامیان همتا در این که چگونه و چه موقع آنها مداخله را انجام دهند ♦ افزودن «ارزش» به مداخله همپایان بپوارد کردن سایر مواد آموزشی پیشگیری (مثل ویدئو) در مدارس ♦ ارتباطات خوب بین تیم تحقیق یا تیم توسعه مداخله خارجی و پرسنل مدرسه. موانع ارائه مداخلات همتا موارد زیر بودند: ✧ نگرانی معلمان در باره «مناسب بودن» بخشی از حامیان همپایان انتخاب شده توسط دانش آموزان همقطار ✧ هنجارهای همپایان و ساختار گروه همتا می تواند در میزان و زمان سیگار کشیدن افراد بالغ و نیز در میزان پذیرش پیغامهای پیشگیری ارائه شده بوسیله همپایان توسط جوانان مؤثر باشد.	خوب (A)

بیانیه شواهد	توضیحات	سطح شواهد
QR4	مکانیسم ارائه خدمت: شواهد بدست آمده از سه مطالعه کیفی از انگلستان (++، + و -)، و سه مطالعه از آمریکا (همه +) نشان می دهد که عناصر خاصی از مکانیسم ارائه خدمت برای مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه می تواند به عنوان مانع یا تسهیلگر عمل کند. تسهیلات شامل: ♦ ارائه مداخله توسط افراد حرفه ای مورد اعتماد (مثل پزشکان) ♦ ارائه مداخله توسط معلمان غیر سیگار ♦ ارائه مداخله توسط معلمان با خودکارآمدی بالا ♦ درگیر کردن والدین در ارائه خدمت (ارائه اولیه ابزار حمایتگر در منزل) و موانع شامل: ✧ ارائه مداخله توسط معلمینی که از بحث در مورد سیگار کشیدن والدین اکراه دارند ✧ ارائه مداخله توسط معلمینی که از روشهای منسوخ برای انتقال پیغامهای پیشگیری استفاده می کنند	نا مشخص (C)
QR5	مدارس بدون سیگار: شواهد بدست آمده از یک مطالعه انگلستان (+)، یک مطالعه از کانادا (++) و یک مطالعه از آمریکا (-) نشان می دهد که وسعت و اجرای سیاستهای مدرسه بدون سیگار می تواند به عنوان یک تسهیلگر یا مانع برای پیشگیری از سیگار مبتنی بر مدرسه، عمل کند. تسهیلات شامل: ♦ سیاستهای بدون سیگار که شامل تمامی نواحی داخلی و همه محوطه مدارس می گردد ♦ 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	نا مشخص (C)
QR6	محتوای برنامه: شواهد بدست آمده از هفت مطالعه کیفی از آمریکا (همه +)، یک مطالعه از کانادا (++) و یک مطالعه از انگلستان (-) نشان می دهد که عناصر ویژه از محتوای برنامه می تواند به عنوان تسهیلگر یا مانع برای ارائه مداخلات پیشگیری مبتنی بر مدرسه عمل کند. تسهیلات شامل: ♦ محتوا که نوآورانه و تعاملگرانه باشد ♦ محتوا که شامل ایفای نقش باشد ♦ محتوا که شامل ابزار جدید، مثل هزینه سیگار باشد ♦ محتوا که شامل اصلاح بدفهمی ها از شیوع بالای سیگار در میان جوانان باشد ♦ محتوا که از لحاظ قومی و فرهنگی حساس باشد ♦ محتوا که غیر قضاوتی باشد ♦ محتوا که شامل دیدگاههای غیر عادی شدن باشد (ساختن روی دیدگاه گروه مبارزه حقیقی فلوریدا، مواجهه با فعالیتهای صنعت تنباکو). موانع شامل: ✧ محتوا که شامل دیدگاههای مبتنی بر ترس برای پیشگیری باشد ✧ محتوا که بیش از حد پیچیده باشد	نا مشخص (C)

Abstract

Background: Tobacco consumption has a serious impact on health and socio economics situation of general population. Majority of people has started that in teen age and the most of them will probably be addicted. Meanwhile, school-based interventions can play an essential role in prevention or delay tobacco consumption, but there is no structured program for such interventions in Iran. Current study has been designed to provide a national evidence based guideline for school- based interventions.

Method: We conducted wide search main databases and websites considering PubMed, NICE, GIN, NGC, SIGN and other related websites for defined keywords. Related guidelines selected and appraised by two independent experts by using AGREE-2 tool. The highest records translated to Persian and discussed in panel of guideline for adopting with Iranian culture and conditions. The preview sent to experts, stockholders for final edition and then published for pilot application.

Results: Eleven related guideline retrieved in which only two was about school-based interventions recommended. The main recommendation for prevention of smoking was as following: organization-wide or 'whole-school' approaches, adult-led interventions, peer-led interventions, training and development, coordinated approach.

Conclusion: Iranian school based guideline is a well adopted tool to prevent tobacco consumption in teen ages.

۱. حاج ابراهیمی، سکینه؛ صادقی بازرگانی، همایون؛ صادقی غیاثی، فاطمه؛ محبوب اهری، علیرضا. اثربخشی بالینی. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دفتر حاکمیت بالینی، ۱۳۹۱.

2.Partnership For A Tobacco-Free Maine. Info for parent: Health Effects of Tobacco.
[online]. Available from:
http://www.tobaccofreemaine.org/channels/parents/learn_more_about_health_effects.php.
[Accessed 9th July 2013].

۳. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات. قابل دسترس در:
<http://tpcrc.sbm.ac.ir>. تاریخ دسترسی: ۱۳۹۲/۴/۲۶.

۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت . راهنمای راه اندازی مراکز ترک دخانیات . تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز سلامت محیط و کار، ۱۳۹۰.