



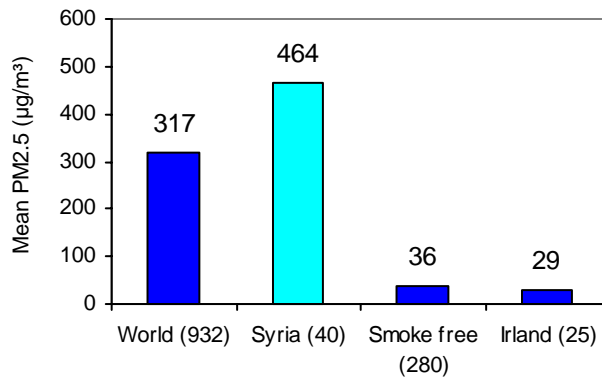
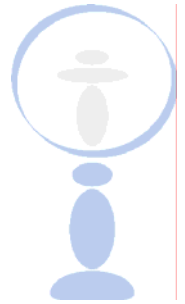
أخبارنا

دراسات منشورة

- 1
 - 2
 - 2
 - 3
 - 3
 - 4
 - 4
- صحة القلب والأوعية عند البالغين في سوريا: نموذج من بلد نام
التقييم الذاتي للصحة ومحدداته عند البالغين في سوريا: نموذج من الشرق الأوسط
نتائج التجربة الأولى للإقلاع عن التدخين في سوريا
التعرض للتدخين السلبي داخل المنازل والأماكن العامة في سوريا
انبعاث الجزيئات المترافق مع تدخين الأركيلة
تداخلات للإقلاع عن تدخين الأركيلة

أخبارنا:

- فاز المركز السوري لأبحاث التدخين بتجديد المنحة مدة خمس سنوات مقدمة من معاهد الصحة الوطنية (NIH). المشروع الجديد حمل عنوان " الإستجابة لتغيرات وبائية التبغ في منطقة الشرق الأوسط"
- باشر المركز السوري لأبحاث التدخين بتطبيق تجربة عيادات الإقلاع عن التدخين في عدة مراكز رعاية صحية أولية في مدينة حلب- سوريا. تهدف هذه التجربة الى اختبار فاعلية مشاركة المعالجة السلوكية/ الدوائية في المساعدة على الإقلاع عن التدخين وامكانية تطبيقها في مراكز الرعاية الصحية الأولية. لقد تم اعتماد سياسة عدم التدخين للكادر الطبي والمرضى في المراكز الصحية المشاركة في الدراسة وذلك لتسهيل ودعم تنفيذ برنامج الإقلاع. يعتمد البرنامج على التعرف على المدخنين من بين جميع المراجعين للمراكز المشاركة. يخضع جميع المدخنين لمداخلة مختصرة وذلك لتقييم درجة استعدادهم للتوقف عن التدخين. يحول المدخنون المهتمون بالإقلاع الى العيادة المتخصصة. الهدف النهائي لهذه الدراسة هو تطوير خدمة اقلع عن التدخين يمكن تطبيقها بشكل واسع في نظام الرعاية الصحية في سوريا.
- باشر المركز السوري لأبحاث التدخين باختبار دراسة مبدئية لتطوير عيادات اقلع عن تدخين الأركيلة. الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو مقارنة مستويين من المداخلة السلوكية على مدخني الأركيلة. وتعتبر هذه الدراسة هي المحاولة الأولى لتطوير دليل علمي يعتمد على فاعلية مداخلات الإقلاع عن التدخين عند مدخني الأركيلة



معدل الجزيئات الناعمة في الهواء الملوث؛
نتائج من سوريا مقارنة بباقي دول العالم.

المصدر: دراسة مقارنة في 24 دولة لمستويات تلوث
الهواء داخل الأماكن العامة
(Roswell Park Cancer Institute) 2006

دراسات منشورة:

صحة القلب والأوعية عند البالغين في سوريا: نموذج من بلد نام

هدف الدراسة: على الرغم من أهمية المراضة والموتة في الأمراض القلبية الوعائية CVD، فإن كثير من البلدان النامية تعاني من نقص في التقصي الموثوق لهذين العنصرين وعوامل الخطر المرتبطة بهما وذلك لتطوير مداخل مناسبة. تهدف هذه الدراسة الى توفير تقديرات تعتمد على مسح سكاني للمراضة والموتة الناتجة عن الأمراض القلبية الوعائية بين البالغين في حلب، سوريا وطبيعة توزيع عوامل الخطر المرتبطة بهما.

الطريقة: مسح سكاني بطريقة المقابلة للبالغين المقيمين في مدينة حلب (18-65 سنة). شملت العينة 2038 مشاركاً (45.2% ذكور، متوسط الأعمار 35.3 سنة، معدل الاستجابة 86%). تركز الاهتمام على التقصي عن الأمراض القلبية الوعائية CVD المشخصة طبياً ضمن العينة المدروسة (احتشاء، خناق، قصور قلبي، تشبة وعائية)، وعلى الوفيات بسبب هذه الأمراض خلال السنوات الخمس السابقة للمسح بين أفراد أسر المشاركين والذين تجاوزت أعمارهم 20 سنة (العدد: 6252، 49.5% ذكور)

النتائج: بلغ معدل انتشار CVD 4.8% للأمراض القلبية و 1% للنشبة الوعائية stroke. اعتبرت الأمراض القلبية الوعائية مسؤولة عن 45% من مجموع الوفيات في السنوات الخمس السابقة، في الوقت ذاته فإن 49% من الوفيات بسبب CVD تحدث قبل عمر الـ 65. يبلغ متوسط العمر عند الوفاة 62.6 سنة (63.6) للأمراض القلبية، و 61.4 للنشبة الوعائية) معدل الوفيات الخام السنوي بسبب CVD هو 314 لكل 100,000؛ من هؤلاء، فإن 179 تحدث بسبب أمراض قلبية و 135 بسبب النشبة. تحدث الوفاة بسبب مرض قلبي عند الرجال أكثر من النساء فيما يحدث العكس عند مرضى النشبة الوعائية. تم الكشف عن ارتفاع التوتر الشرياني عند 40.6% من العينة المدروسة (47.7% رجال، و 34.9% نساء)، بينما بلغت البدانة 38.2% (28.8% رجال، و 46.4% نساء). أما التدخين (سجائر أو أركيلة) فقد بلغ معدل 38.7% (63.6% رجال، و 19.2% نساء). من ناحية أخرى، فإن 39.3% من العينة المدروسة لديها عامل خطر واحد قلبي وعائي، بينما 27.4% لديها عاملين للخطر، و 8.3% ثلاثة عوامل خطر. وقد أظهرت الدراسة أن المشعرات الأساسية لتصنيف عوامل الخطر هي التقدم في العمر وكون الجنس ذكراً والتعليم المتدني.

الاستنتاج: تمر سوريا بمرحلة تشكل فيها المراضة والموتة من الأمراض القلبية الوعائية نسبة عالية ومن المرجح أن تزيد بناء على المعطيات الحالية لعوامل الخطر. ولا يتطابق توزيع عوامل الخطر القلبية في المجتمع السوري مع النماذج الموجودة في البلدان المتقدمة مما يستدعي إجراء دراسات محلية لتطوير سياسات ومداخلات فعالة.

Maziak W, Rastam S, Mzayek F, Ward KD, Eissenberg T, Keil U. Ann Epidemiol. 2007, 17 (9):713-720

التقييم الذاتي للصحة ومحدداته عند البالغين في سوريا: نموذج من الشرق الأوسط

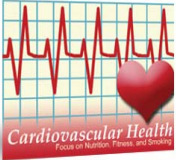
لقد استعمل التقييم الذاتي للصحة بشكل واسع في البلدان المتقدمة لدراسة مسألة عدم المساواة في الصحة في الوقت الذي لا توجد فيه سوى دراسات قليلة عنه في البلدان النامية. وبشكل مشابه للكثير من المجتمعات العربية، فلا يتوافر في سوريا أي بحث حول الحالة الصحية لمواطنيها، وخاصة في الأبحاث المتعلقة بالتقييم الذاتي للصحة SRH. تهدف هذه الدراسة الى تقصي ومقارنة محددات SRH بين البالغين الذكور والإناث في حلب، سوريا.

الطريقة: مسح سكاني للبالغين بأعمار 18-65 المقيمين في مدينة حلب (2.5 مليون نسمة). شملت العينة 2038 مشاركاً (45.2% ذكور، المجال العمري 18-65 سنة، معدل الاستجابة 86%). تم تصنيف التقييم الذاتي للصحة SRH الى: ممتاز، وعادي، وسيء. تم حساب الـ odds ratio لفئة السيء والعادي مقارنة بالممتاز، بشكل منفصل للرجال والنساء باستعمال طريقة logistic regression

النتائج: وصفت النساء أكثر من الرجال بأن وضعهن الصحي سيء. ويقوم الرجال والنساء بصحتهم بأنها سيئة مع التقدم في العمر، ووجود مشكلتين صحييتين مزمنتين أو أكثر، أو وعي عال بوجود إعاقة وظيفية. وقد تضمنت محددات التقييم الذاتي للصحة SRH بأنها سيئة مالي: بالنسبة للنساء؛ كونها متزوجة، وبأنها تنتمي لحالة اقتصادية- اجتماعية متدنية وعدم وجود دعم اجتماعي. أما بالنسبة للرجال؛ فكان التدخين وانخفاض النشاط الحركي

الاستنتاج: وصفت النساء أكثر من الرجال بأن وضعهن الصحي سيء وقد بدأ الارتباط مع العمر والاصابات المرضية المزمنة عاماً ويعكس على الأرجح التقدم الطبيعي في العمر. تختلف محددات SRH بين الرجال والنساء وهو ما يمكن أن يفسر بالقيم الثقافية السائدة واختلاف دور الجندر في المجتمع. إن فهم السياق المحلي للـ SRH ومحدداته داخل مجتمع ما له أهميته لتطوير برامج تداخلية تهدف الى تحسين صحة المجتمع السوري والمجتمعات العربية المشابهة.

Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. BMC Public Health. 2007, 25;7(1):177



نتائج التجربة الأولى للإقلاع عن التدخين في سوريا

تعتبر معدلات التدخين في سوريا مرتفعة جداً في مقابل انخفاض معدلات الإقلاع عنه. ولا تتوفر الأدوية ولا الخدمات التي تساعد على الإقلاع عن التدخين. ولتحديد إمكانية تنفيذ إعادة إقلاع في سوريا، تم إجراء دراسة مبدئية لمقارنة مستويين من التداخل السلوكي مختلفين بالشدة.

الطريقة: تم اختيار 50 مدخناً بشكل عشوائي لإجراء إما مداخلة مختصرة (جلسة مشورة واحدة وجهاً لوجه)، أو مداخلة مكثفة (4 جلسات مشورة وجهاً لوجه إضافة إلى مكالمتين هاتفيتين مختصرتين) تم تقييم معدلات الالتزام وإجراء التحقق البيوكيميائي لمعدلات الامتناع بعد 3 أشهر من الإقلاع.

النتائج: على الرغم من الجهود المبذولة للمحافظة على المشاركين فإن الالتزام بالمعالجة في الجزء المكثف من التداخل كان ضعيفاً، فقد التزم 40% فقط بالمعالجة الكاملة. وكان الارتباط واضحاً بين الالتزام الضعيف من جهة وعدد سنوات التدخين الطويلة وانخفاض القدرة الذاتية على الامتناع في حالات التوق (الخرمان) من جهة ثانية. وكانت معدلات الإقلاع في مجموعة المعالجة المختصرة و مجموعة المعالجة المكثفة هي 16% و 4% على التوالي.

الاستنتاج: إن إدمان النيكوتين، مقيماً بحسب اختبار فاغريستورم لإدمان النيكوتين يتنبأ بالامتناع خلال 3 أشهر. واعتماداً على مقابلات المتابعة، فإن هناك عدة عوامل هامة تقف في طريق الإقلاع أهمها: وعي الإدمان، وعدم توفر المعالجة الدوائية، وضعف الدعم الاجتماعي، والتحول لتدخين الأركيلة.



Asfar T, Vander Weg M, Maziak W, Hammal F, Eissenberg T, Ward KD. Am J Health Behav.2008;32(2):146-156

التعرض للتدخين السلبي داخل المنازل والأماكن العامة في سوريا

توظف هذه الدراسة طرائقاً حساسة لتعيين التعرض السلبي للدخان عند الأطفال والنساء في سوريا.

الطرق: تضم هذه الدراسة بيانات مجموعة من قبل المركز السوري لأبحاث التدخين كجزء من دراستين دوليتين تمتا في العام 2006؛ دراسة التعرض للتدخين السلبي بين النساء والأطفال (جونز هوبكنز)، والدراسة الثانية مراقبة تلوث الهواء (معهد روزويل بارك للسرطان). استخدمت قياسات موضوعية (النيكوتين في الشعر، ونيكوتين هواء المنزل الذي تم تقييمه بواسطة مونيوتورات) وذلك لتقييم تعرض النساء والأطفال للدخان السلبي في المنازل. كما تم استعمال المونيوتور من نوع TSI SidePak Personal Aerosol لأخذ عينة من المعلقات التنفسية في الهواء التي قطر لها أقل من 2.5 ميكرون ($PM_{2.5}$) وذلك في الأماكن العامة (40 مقهى ومطعماً).

النتائج: بلغ مستوى النيكوتين البيئي في المنازل 2.77 ± 2.24 ميكروغرام/م³. ومتوسط نيكوتين الشعر 11.8 نانوغرام/مغ بين الأطفال (العدد: 54)، وأعلى من ذلك إذا كانت الأم مدخنة (23.6 ± 19.4 نانوغرام/مغ) مقارنة بغير المدخنة (6.9 ± 5.2 نانوغرام/مغ) ($p < 0.05$). بلغ متوسط نيكوتين الشعر عند الأمهات غير المدخنات (العدد: 23) 1.56 ± 1.17 نانوغرام/مغ. لقد ارتبط مستوى نيكوتين الشعر عند الأطفال بشكل قوي مع مستوى النيكوتين البيئي في المنزل وعدد السجائر المدخنة يومياً فيه ($r = 0.54$ and $r = 0.50$ على التوالي) إضافة إلى وجود والد مدخن بحضور الطفل. في الأماكن العامة، بلغ معدل الجزيئات $PM_{2.5}$ المقاسة في 40 موقعاً 464 ميكروغرام/م³ وارتبطت بكثافة التدخين المقاسة بـ سيجائر - أركيلة/م³ ($r = 0.33$, $r = 0.04$).

الاستنتاج: يتعرض الأطفال في سوريا إلى مستويات عالية من الدخان السلبي في المنازل، حين يلعب تدخين الأم دوراً كبيراً. كذلك، فإن المستويات العالية من الجزيئات الخطرة التنفسية المعلقة في الأماكن العامة تشكل خطراً صحياً جدياً على الزبائن والعاملين على حد سواء. إن الجهود المبذولة للحد من تعرض الأطفال والأمهات في المنازل ولرسم سياسات تتعلق بتوفير هواء نظيفاً يجب أن تكون من أولويات الصحة العامة في سوريا والمنطقة العربية.



Maziak W, Al Ali R, Fouad MF, Rastam S, Wipfli H, Travers MJ, Ward KD, Eissenberg T. Inhalation Toxicology 2007: (in press).

انبعاث الجزيئات المترافق مع تدخين الأركيلة

أن انتشار الأركيلة كمنظومة للتدخين أصبح شائعاً في معظم أنحاء العالم، والدليل حول تأثيرها الصحي الضار على مدخنيها صار في طور التأكيد، لكنه مع ذلك لا توجد أي دراسة توضح الأثر المحتمل للتعرض لدخان الأركيلة عند غير المدخنين. لقد قمنا بقياس الجزيئات المنبعثة (PM_{2.5}, PM₁₀) قبل وخلال جلسات مخبرية قام بها عشرون شخصاً باستخدام الأركيلة لتدخين التبغ، وعشرون آخرون بتدخين السجائر (10 لكل فئة)، إضافة إلى قياس انبعاثات من 10 سجائر و10 أراكيل مشتعلة (بدون مدخن). تم استعمال مونييتور من نوع TSI SidePak Personal Aerosol لقياس PM_{2.5}, PM₁₀ قبل الجلسة، وأثناء التدخين، ثم قياس أعلى المستويات التي وصلت إليها. ارتفع معدل PM_{2.5} بحدود 447% للأركيلة (من 48 ميكروغرام/م³ قبل، إلى 264 ميكروغرام/م³ عند التدخين)، وبمعدل 501% للسجائر (من 44 ميكروغرام/م³ إلى 267 ميكروغرام/م³)، بينما ارتفع معدل PM₁₀ بحدود 563% للأركيلة (55 إلى 365 ميكروغرام/م³)، وبمعدل 447% للسجائر (52 إلى 287 ميكروغرام/م³). إن الزيادة في PM خلال تدخين السجائر يعود بشكل أساسي إلى PM_{2.5} حيث أن نسبة الـ PM_{2.5} من زيادة الـ PM₁₀ هي 95% مقارنة بـ 70% للأركيلة. بلغ المستوى الأعلى للـ PM_{2.5} 908 ميكروغرام/م³ للأركيلة و 575 ميكروغرام/م³ للسجائر، بينما كان المستوى الأعلى للـ PM₁₀ هو 1052 ميكروغرام/م³ للأركيلة و 653 ميكروغرام/م³ للسجائر. لم تختلف مستويات متوسط الـ PM_{2.5} و PM₁₀ الناجمة عن دخان الأركيلة قبل التدخين، فيما كان هناك ارتفاعاً هاماً بالنسبة للسجائر (PM_{2.5} 33-190 µg/m³، PM₁₀ 42-220 µg/m³). إن على متخذ القرار بشأن قوانين الهواء النظيف أن يأخذوا التدخين الناجم عن الأركيلة بعين الاعتبار، ويجب تحذير الناس من التعرض لهذا المصدر من التدخين.



Maziak W, Rastam S, Ibrahim I, Ward KD, Eissenberg T. Nicotine & Tobacco Research 2007; (in press).

تدخلات للإقلاع عن تدخين الأركيلة

يعتبر تدخين الأركيلة طريقة تقليدية لاستعمال التبغ في منطقة شرق المتوسط، لكن انتشارها الآن يصل إلى أوروبا وأمريكا الشمالية. فهي طقس اجتماعي، غالباً ما تدخن بالمشاركة بين الأصدقاء أو العائلة في المنزل، أو في المقاهي التي تهتم بتوفيرها لزبائنها. وبسبب من أن دخان الأركيلة يمر عبر مستودع مائي فقد ساد الظن أن تأثيرتها الضارة أقل مما هو عليه بالطرق الأخرى للتدخين. وفي بعض الثقافات يتم قبول تدخين النساء والفتيات للأركيلة أكثر من أي شكل آخر للتدخين، وهي أيضاً شائعة لدى فئة الشباب وصغار السن. لقد ازدادت الأدلة التي تقترح أن الأركيلة لها ذات الخصائص الإدمانية التي لأشكال التبغ الأخرى، إضافة إلى أنها تحمل نفس التأثير الصحي الضار، أو ربما أكثر.

الهدف: تقييم فاعلية المداخلات الخاصة بالإقلاع عن التدخين على مدخني الأركيلة.

استراتيجية البحث: في حزيران 2007 تم البحث في السجل الخاص المسمى Cochrane Tobacco Addiction Review Group. كذلك تم البحث في عدد من محركات البحث MEDLINE, EMBASE, CINAHL and PsycINFO حيث استخدمت تعابير مختلفة (كالشيشة والأركيلة والنرجيلة والجوزة... الخ). تم البحث عن التجارب المنشورة أو غير المنشورة، في أي لغات وخاصة في مناطق انتشار الأركيلة. لقد استعملنا أيضاً الببليوغرافيا التي لدينا المستخلصة من المراجعة الشاملة لكل الأدبيات الخاصة بتدخين الأركيلة.

معايير الاختيار: لقد بحثنا في التجارب العشوائية أو شبه العشوائية أو العشوائية-العنقودية لكل مداخلات الإقلاع عن التدخين في أي عمر ولأي جنس. محور البحث والاهتمام الأساسي كان الامتناع عن استعمال التبغ - ويفضل أن يكون مستمراً ومثبتاً بشكل مخبري - لمدة ستة أشهر على الأقل من بدء التدخل.

البيانات المجموعة والتحليل: قام كل مؤلف باستخلاص البيانات وتقييم نوعية التجربة بشكل مستقل باستخدام المنهجيات القياسية لمجموعة كوشران، ولكن لم يتم التعرف أو تحديد أية تجربة مؤهلة لهذا الأمر.

النتائج الرئيسية: لم نجد أية محاولات لمداخلات تستهدف مدخني الأركيلة. إن تجربة مبدئية عشوائية تتم الآن من قبل مؤلفي هذه المراجعة، وسوف تنشر في المستقبل القريب.

استنتاج المراجعين: إن هناك دليل وبائي وعياني على انتشار استعمال الأركيلة بشكل واسع في العالم. وهناك اعتقاد كبير وخاطئ أنها أقل ضرراً من أشكال تدخين التبغ الأخرى. وهي تزداد انتشاراً بين النساء والفتيات والشباب خاصة في منطقة الشرق الأوسط. وهي تحتاج لدراسات معمقة حول خصائصها الإدمانية، وحول تأثيراتها الصحية على مستعملها وعلى المتعرضين لها من غير المدخنين. إن معلومات مسندة بالدليل حول ادمان الأركيلة وخصائصها الضارة يجب أن تطور وتنتشر للحد من استعمالها والسلوك الاعتيادي تجاهها. وكذلك لا بد أيضاً من دراسات عشوائية واسعة لتطوير دليل معالجة يخص تدخين الأركيلة.

Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4 (in press).