

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

التقرير الأسبوعي حول المراضى والوفيات

25 أيار/مايو 2007/المجلد 56/العدد 20

تقرير أسبوعي

التعرض لدخان التبغ السلبي بين طلاب المدارس في
عمر 13-15 سنة على مستوى العالم خلال

الأعوام 2000-2007

إن استنشاق دخان التبغ السلبي يسبب مرض القلب وسرطان الرئة لدى البالغين ويزيد من أخطار حدوث متلازمة الموت المفاجيء للرضيع، الأحماج التنفسية الحادة، إصابات الأذن الوسطى، تردي الربو، الأعراض التنفسية وتباطؤ نمو الرئتين لدى الأطفال [1-3]. لا يوجد مستوى من التعرض لدخان التبغ السلبي خالٍ من الخطر [1]. إن المسح العالمي للتبغ حول الشباب الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية في سنة 1999 بالتعاون مع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها والجمعية الكندية للصحة العمومية، هو مسح مرتكز على المدارس يتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بتعاطي التبغ بما في ذلك التعرض لدخان التبغ السلبي [4].* يدرس هذا التقرير البيانات التي تم جمعها في 137 سلطة مختصة مختلفة (مثلاً، دول، مقاطعات) خلال الفترة من 2000-2007،[†] ويقدم تقديرات حول مدى التعرض لدخان التبغ السلبي في المنزل وأماكن أخرى بين طلاب في سن من 13-15 عام لم يسبق لهم التدخين، كما يدرس الارتباط بين التعرض لدخان التبغ السلبي ومدى الاستعداد[‡] للشروع بالتدخين. لقد أشارت المعطيات الناتجة عن المسح العالمي للتبغ حول الشباب أن حوالي نصف الأشخاص الذين لم يسبق لهم أبداً التدخين قد تعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل (46,8%)، كما تعرضت له نسبة مئوية

يمكن الحصول على مزيد من المعلومات من العنوان التالي:

<http://www.cdc.gov/tobacco/global/surveys.htm>

*إن عدد السلطات المختصة يتراوح من سنة إلى أخرى. وقامت بعض السلطات المختصة بإجراء مسوحات متكررة؛ وفي هذه الحالة تم استعمال أحدث البيانات الناتجة عنها. فيما يلي نبين أعداد السلطات المختصة التي تم جمع البيانات منها بحسب السنة: 2000، ستة؛ 2001، تسعة؛ 2002، 21؛ 2003، 36؛ 2004، 25؛ 2005، 19؛ 2006، 15؛ وفي سنة 2007، ستة.[†]لقد أوضح مسح مواقف وممارسات المراهقين الذي تم إجراؤه في سنة 1989 ومسح المتابعة التالي الذي أجري في سنة 1993 أن اليافعين الذين تم استراقهم على أنهم مؤهون للشروع بالتدخين كانوا أكثر قابلية بمرتين إلى ثلاث مرات للشروع بالتدخين من اليافعين الغير مؤهين. لكي يتم تصنيف المشارك على أنه غير مؤهب للتدخين توجب عليه أن يجيب د "لا" على السؤال: "هل تعتقد أنك ستقوم قريباً بتجربة سيجارة؟" ود "حتماً لا" على السؤال: "إذا ما قام أحد أصدقائك المقربين بتقديم سيجارة لك، هل ستقوم بتدخينها؟" وعلى السؤال: "هل تعتقد أنك ستكون من مدخني السجائر بعد سنة من الآن؟" [5].

اليوم العالمي للامتناع عن التبغ، 31 أيار/مايو
2007

إن اليوم العالمي للامتناع عن التبغ هو مناسبة سنوية ترعاها منظمة الصحة العالمية لجلب الانتباه للعبء الصحي العالمي المترتب على تعاطي التبغ. سيركز الاحتفال هذه السنة على دخان التبغ السلبي ويسلط الضوء على التقدم الذي تم إحرازه حول العالم لحماية الغير مدخنين من خلال جعل مزار العمل والأماكن العمومية خالية من التدخين.

في شهر حزيران/يونيو 2006 صدر تقرير كبير الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية حول "العواقب الصحية للتعرض القصري لدخان التبغ". لقد خلص هذا التقرير إلى أن دخان التبغ السلبي يسبب الوفاة المبكرة والمرضى لدى الأطفال والبالغين الغير مدخنين. كما جزم التقرير بأنه لا يوجد مستوى من التعرض لدخان التبغ السلبي خالٍ من الخطر وأن الحماية الكاملة لغير المدخنين لا تتحقق إلا بمنع التدخين في الأماكن المغلقة. كما أقر التقرير أن المقاربات الأخرى بما فيها فصل المدخنين عن غير المدخنين وتهوية الأبنية ليست ذات جدوى.

لقد ساهم تقرير عام 2006 في سن قوانين منع التدخين في عدد كبير من الولايات والمقاطعات المحلية. يعزى ذلك جزئياً إلى أنه بسبب النتائج التي خلص إليها التقرير فإن العديد من اتحادات المطاعم في الولايات وغرف التجارة المحلية وعلى مستوى الولايات أخذت تقدم دعماً متزايداً لمثل هذه القوانين. كما أسهم التقرير في تبني العديد من أرباب العمل والشركات سياسات طوعية لمنع التدخين، بما في ذلك بعض من سلاسل الفنادق الكبرى. وأخيراً أعلنت أعداد مضطردة من المنظمات الوطنية والمؤسسات الاتحادية التي تعنى بالصحة العمومية أنها لن تعقد مؤتمراتها إلا في المدن التي تخضع لقوانين تمنع التدخين سواء كانت محلية أو صادرة عن سلطة الولاية. يمكن الحصول على مزيد من المعلومات حول دخان التبغ السلبي بما في ذلك خلاصة موجهة للمستهلك عن تقرير عام 2006 وتسجيل فيديو عن نتائجه من العنوان التالي على شبكة الإنترنت:

[http://www.cdc.gov/tobacco/data statistics/sqr/sqr_2006/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sqr/sqr_2006/index.htm)

مماثلة في أماكن أخرى غير المنزل (47,8%). إن الغير مدخنين أبداً الذين يتعرضون لدخان التبغ السلبي في المنزل كانوا أكثر قابلية بمقدار 1,4-2,1 مرة لكي يكونوا مؤهبين للشروع بالتدخين من هؤلاء الذين لا يتعرضون. كما أن الطلاب الذين يتعرضون لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل كانوا أكثر قابلية بمقدار 1,3-1,8 مرة لكي يكونوا مؤهبين للشروع بالتدخين من هؤلاء الذين لا يتعرضون.

كجزء من برامجها الشاملة لمكافحة التبغ يجب تشجيع الدول على تمرير وتنفيذ وإعمال التشريعات الخاصة بخلق بيئات خالية من التدخين في جميع الأماكن العمومية المغلقة وفي مقار العمل.

إن المسح العالمي للتبغ حول الشباب هو مسح مرتكز على المدارس يقوم بجمع المعلومات من الطلاب عبر اتباع طرائق منهجية معيارية في تأسيس إطار العينة، اختيار المدارس والصفوف المشاركة، ومعالجة البيانات [4]. وتم ترجمة الاستبيانات بواسطة منسقين إلى اللغات المحلية ومن ثم أعيدت ترجمتها إلى لغتها الأصلية للتحقق من المضبوطية بين النص والترجمة. اعتمد نموذج العينة العنقودية ثنائية المرحلة وتم استعماله للحصول على عينة ممثلة للطلاب المتداومين في المدارس الحكومية والخاصة في الصفوف الدراسية للأعمار 13-15 سنة في كل دولة على المستوى الوطني، الإقليمي أو المحلي. تم استعمال عامل توزيع مع استمارة كل طالب للتعديل في حالة عدم الإجابة على مستوى المدرسة، الصف، والطالب ولموازنة التباين في احتمالات الاختيار على مستوى المدرسة والصف. وجمع تعديل أخير القيم التوزيعية للاستمارات بحسب المرحلة الدراسية والجنس للمشاركين نسبة إلى إجمالي عدد طلاب المدارس في نفس المرحلة الدراسية في المنطقة الجغرافية التي تم فيها سحب العينة. تم إجراء تحليل إحصائي على المعلومات المرتبطة وحسبت الأخطاء المعيارية في التقديرات، ضمن مجالات ثقة تساوي 95%. إن المعلومات الموجودة في هذا التقرير هي مستخلصة من المسوحات العالمية للتبغ حول الشباب التي أجريت في 137 سلطة مختصة خلال الفترة من 2000-2007. في 105 سلطة مختصة كانت المعلومات ذات قيمة تمثيلية على المستوى الوطني، وجمعت معلومات ذات قيمة تمثيلية على المستوى دون الوطني من 32 سلطة مختصة. وفي الـ 137 سلطة مختصة التي شملتها الدراسة بلغ عدد الطلاب الذين أكملوا المسح حوالي 750 000 طالب في ما يقرب من 10 000 مدرسة. وفي 56,5% من السلطات

إن سلسلة مطبوعات التقرير الأسبوعي حول المراضى والوفيات يتم نشرها من قبل المركز التنسيقي للمعلومات والخدمات الصحية التابع لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في دائرة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، أطلنطا، جورجيا 30333.

النموذج المقترح للإشارة إلى اقتباس عن هذه المطبوعة:

Centers for Disease Control and Prevention, [Article title]. MMWR 2007;56:[inclusive page numbers].

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

Julie L. Gerberding, MD, MPH

Director

Tanja Popovic, MD, PhD

Chief Science Officer

James W. Stephens, PhD

(Acting) Associate Director for Science

Steven L. Solomon, MD

Director, Coordinating Center for Health

Information and Service

Jay M. Bernhardt, PhD, MPH

Director, National Center for Health Marketing

B. Kathleen Skipper, MA

(Acting) Director, Division of Health Information

Dissemination (Proposed)

فريق التحرير والإنتاج

Frederic E. Shaw, MD, JD

Editor, MMWR Series

Myron G. Schultz, DVM, MD

(Acting) Deputy Editor, MMWR Series

Suzanne M. Hewitt, MPA

Managing Editor, MMWR Series

Douglas W. Weatherwax

Lead Technical Writer-Editor

Catherine H. Bricker, MS

Jude C. Rutledge

Writers-Editors

Beverly J. Holland

Lead Visual Information Specialist

Lynda G. Cupell

Malbea A. LaPete

Visual Information Specialists

Quang M. Doan, MBA

Erica R. Shaver

Information Technology Specialists

هيئة التحرير

William L. Roper, MD, MPH, Chapel Hill, NC, Chairman

Virginia A. Caine, MD, Indianapolis, IN

David W. Fleming, MD, Seattle, WA

William E. Halperin, MD, DrPH, MPH, Newark, NJ

Margaret A. Hamburg, MD, Washington, DC

King K. Holmes, MD, PhD, Seattle, WA

Deborah Holtzman, PhD, Atlanta, GA

John K. Iglehart, Bethesda, MD

Dennis G. Maki, MD, Madison, WI

Sue Mallonee, MPH, Oklahoma City, OK

Stanley A. Plotkin, MD, Doylestown, PA

Patricia Quinlisk, MD, MPH, Des Moines, IA

Patrick L. Remington, MD, MPH, Madison, WI

Barbara K. Rimer, DrPH, Chapel Hill, NC

John V. Rullan, MD, MPH, San Juan, PR

Anne Schuchat, MD, Atlanta, GA

Dixie E. Snider, MD, MPH, Atlanta, GA

John W. Ward, MD, Atlanta, GA

الجدول التالي). كانت نسبة الطلاب الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل 46,8% حيث تراوحت بين 71,5% في أوروبا إلى 22,6% في أفريقيا. ضمن أقاليم منظمة الصحة العالمية كان الغير مدخنين أبداً الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل أكثر احتمالاً بـ 1,4 إلى 2,1 مرة لكي يكونوا مؤهين للشروع بالتدخين مقارنة مع أولئك الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي (انظر الجدول). كما كانت النسبة المئوية الإجمالية للطلاب الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل 47,8% حيث تراوحت ما بين 79,4% في أوروبا إلى 38,2% في أفريقيا. وبحسب الأقاليم، كان الغير مدخنين أبداً الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل أكثر احتمالاً بـ 1,3 إلى 1,8 مرة لكي يكونوا مؤهين للشروع بالتدخين مقارنة مع أولئك الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي.

أعد هذا التقرير كل من السادة:

DW Bettcher, MD, PhD, A Peruga, MD, DrPH, Tobacco Free Initiative, Geneva, Switzerland; B Fishburn, MPP, Western Pacific Regional Office; J Baptiste, PhD, African Regional Office; F El-Awa, PhD, Eastern Mediterranean Regional Office; H Nikogosian, MD, European Regional Office; K Rahman, PhD, South-East Asia Regional Office; V Costa de Silva, MD, PhD, Region of the Americas, World Health Organization, Geneva, Switzerland. J Chauvin, Canadian Public Health Association, Ottawa, Canada. CW Warren, PhD, NR Jones, PhD, J Lee, MPH, V Lea, MPH, M Lewis, MPH, S Babb, MPH, S Asma, DDS, MT McKenna, MD, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.

تتويه من المحرر:

قبل إعداد وتنفيذ المسح العالمي للتبغ حول الشباب، كان هنالك شح في البيانات العالمية حول تعاطي منتجات التبغ أو العوامل المرتبطة بتعاطي التبغ بين اليافعين [4]. لقد حددت هذه الدراسة أن الطلاب

المختصة التي شملها المسح بلغت نسبة المشاركة في المدارس 100%، وفي 41,3% كانت نسبة المشاركة 80%-99%، وفي 2,2% منها كانت نسبة المشاركة المدرسية أقل من 80%. وفي حوالي 40% من السلطات المختصة بلغ معدل إجابة الطلاب أكثر من 90%، وفي 50,7% منها كانت المعدلات بين 80%-90%، وفي 9,3% منها كانت معدلات إجابة الطلاب أقل من 80%.

لقد تم تجميع المعطيات في كل إقليم من الأقاليم الستة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (إقليم أفريقيا، إقليم الأمريكتين، إقليم شرق المتوسط، الإقليم الأوروبي، إقليم جنوب شرق آسيا، إقليم غرب المحيط الهادي). تم حساب التعرض – المبلغ عنه من قبل المشارك – لدخان التبغ السلبي في المنزل وفي أماكن أخرى غير المنزل في هذه الأقاليم الستة. حسبت القيم الإجمالية في كل إقليم بشكل وسطي بعد توزيعها تبعاً لعدد السكان في المحيط الاعتيادي. في الكثير من الحالات كان المحيط الاعتيادي هو البلاد، ولكن في المناطق التي سحبت منها العينة بحيث تكون ممثلة للسكان في نطاق دون الوطني تم توزيع التقديرات تبعاً لعدد السكان في المدينة، الولاية، أو الإقليم الإداري وضُمَّت في القيمة الإجمالية للإقليم.

عُرِفَ الأشخاص الغير مدخنين أبداً على أنهم الطلاب الذين أجابوا بـ "لا" على السؤال: "هل سبق لك أن دخنت سيجارة، حتى ولو كانت تنفيخة أو اثنتين؟" تم تحديد حدوث التعرض لدخان التبغ السلبي من خلال الإجابة على سؤالين: "في كم يوم من الأيام السبعة الماضية قام بعض الأشخاص بالتدخين في منزلك في أثناء وجودك فيه؟" و"في كم يوم من الأيام السبعة الماضية قام بعض الأشخاص بالتدخين في أماكن أخرى غير المنزل في أثناء تواجدك فيها؟" لقد اعتبر الطلاب الذين أجابوا بيوم واحد أو أكثر متعرضين لدخان التبغ السلبي. كما تم تحديد وجود الاستعداد للشروع بالتدخين من خلال الإجابة على السؤالين: "إذا ما قام أحد أصدقائك المقربين بتقديم سيجارة لك، هل ستقوم بتدخينها؟" وعلى السؤال: "هل تعتقد أنك ستدخن سيجارة خلال 12 شهراً القادمة؟" اعتبر الطلاب الذين أجابوا بـ "حتماً لا" على كلا السؤالين غير مؤهين للشروع بالتدخين. أما الطلاب الذين أجابوا بـ "حتماً نعم"، "ربما نعم" أو "ربما لا" على أي من السؤالين مؤهين للشروع بالتدخين.

عموماً، أفاد 80,3% من الطلاب بأعمار 13-15 سنة بأنه لم يسبق لهم أبداً أن دخنوا سجائر، حيث تراوحت النسبة بين 87,4% في إقليم جنوب شرق آسيا إلى 54,9% في الأمريكتين (انظر

الجدول. التعرض^S لدخان التبغ السلبي في المنزل وفي أماكن أخرى غير المنزل والاستعداد للشروع بالتدخين** بين الطلاب بعمر 13-15 سنة الذين لم يسبق لهم تدخين السجائر،^{††} بحسب أقاليم منظمة الصحة العالمية – المسح العالمي للتبغ حول الشباب، 2007-2000

إقليم منظمة الصحة العالمية	الطلاب المؤهوبون للشروع بالتدخين		الطلاب المؤهوبون للشروع بالتدخين		النسبة بين النسبة (النسبة المئوية) للمؤهوبين الذين تعرضوا للتبغ السلبي في المنزل ومثيلتها للذين لم يتعرضوا	الغير مدخنين أبداً الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل % (مجال الثقة) 95%	الغير مدخنين أبداً الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل % (مجال الثقة) 95%	الغير مدخنين أبداً الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل % (مجال الثقة) 95%	النسبة بين (النسبة المئوية) للمؤهوبين الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل % (مجال الثقة) 95%
	الغير مدخنين أبداً الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل % (مجال الثقة) 95%	الغير مدخنين أبداً الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل % (مجال الثقة) 95%	الغير مدخنين أبداً الذين لم يتعرضوا لدخان التبغ السلبي في المنزل % (مجال الثقة) 95%	الغير مدخنين أبداً الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي في أماكن أخرى غير المنزل % (مجال الثقة) 95%					
أفريقيا	11,7	14,9	38,2	11,6	17,4	22,6	79,3		
(n = 103 906)	(15,8-8,7)	(21,1-10,5)	(42,4-34,2)	1,5	(15,2-8,9)	(24,8-12,1)	(26,1-19,5)	(82,7-75,5)	
الأمريكتين	18,7	30,0	41,7	21,0	30,2	39,1	54,9		
(n = 236 687)	(24,6-14,1)	(36,7-24,2)	(46,6-36,9)	1,4	(26,1-16,8)	(38,4-23,1)	(47,2-31,6)	(59,0-50,8)	
شرق المتوسط	13,6	20,5	42,9	14,4	20,2	37,0	84,4		
(n = 92 075)	(16,6-11,1)	(24,8-16,9)	(47,0-39,0)	1,4	(17,7-11,8)	(24,4-16,7)	(40,4-33,7)	(87,8-80,2)	
أوروبا	15,7	21,7	79,4	15,9	21,6	71,5	68,0		
(n = 154 759)	(22,3-10,8)	(25,6-18,2)	(83,7-73,9)	1,4	(22,5-11,3)	(25,9-17,9)	(76,0-64,6)	(70,8-65,0)	
جنوب شرق آسيا	11,6	18,9	38,8	11,3	24,2	42,8	87,4		
(n = 91 459)	(15,0-9,4)	(22,4-15,9)	(41,7-35,9)	2,1	(13,7-9,5)	(29,2-20,0)	(49,7-35,2)	(90,2-83,8)	
غرب المحيط الهادي	9,3	16,5	52,6	10,7	15,9	57,3	69,8		
(n = 68 717)	(12,2-7,1)	(20,3-13,3)	(56,1-49,2)	1,5	(13,5-8,5)	(20,2-12,5)	(65,3-48,5)	(73,2-66,1)	
المجموع الكلي	12,4	19,3	47,8	12,5	22,3	46,8	80,3		
(N = 747 603)	(16,2-9,7-)	(23,3-15,9)	(51,3-44,1)	1,8	(15,7-10,1)	(27,4-18,2)	(52,5-39,9)	(83,4-76,7)	

تم تحديده من خلال الإجابة على السؤالين: "في كم يوم من الأيام السبعة الماضية قام بعض الأشخاص بالتدخين في منزلك في أثناء وجودك فيها؟" و"في كم يوم من الأيام السبعة الماضية قام بعض الأشخاص بالتدخين في أماكن أخرى غير المنزل في أثناء تواجدك فيها؟" لقد اعتبر الطلاب الذين أجابوا بيوم واحد أو أكثر متعرضين لدخان التبغ السلبي.

تم تحديده من خلال الإجابة على السؤالين: "إذا ما قام أحد أصدقائك المقربين بتقديم سيجارة لك، هل ستقوم بتدخينها؟" وعلى السؤال: "هل تعتقد أنك ستدخن سيجارة خلال 12 شهراً القادمة؟" اعتبر الطلاب الذين أجابوا بـ "حتماً لا" على كلا السؤالين غير مؤهبين للشروع بالتدخين. أما الطلاب الذين أجابوا بـ "حتماً نعم"، "ربما نعم" أو "ربما لا"، على أي من السؤالين فقد اعتبروا مؤهبين للشروع بالتدخين.

تم تعريفهم على أنهم الذين أجابوا بـ "لا" على السؤال: "هل سبق لك أن دخنت سيجارة، حتى ولو كانت تنفيخة أو اثنتين؟"^{††} مجال الثقة (confidence interval).

متسقة بدورها مع الزمن سواء عبر الدولة نفسها (أي بين المسوحات المتكررة) وداخل الإقليم. في دراسة طولانية للعوامل التي تنتبأ بسلوك التدخين، وجد أن كون أبوي المرء وأصدقائه المقربين من المدخنين يزيد من احتمال قيام الغير مدخن أبداً بالشروع بالتدخين [5]. لذا فإن التعرض لدخان التبغ السلبي هو عامل مهم يترافق مع الاستعداد للشروع بالتدخين بين الغير مدخنين أبداً.

الذين لم يسبق لهم التدخين أبداً وتعرضوا لدخان التبغ في المنزل وفي أماكن أخرى كانوا أكثر استعداداً للشروع بالتدخين من أولئك الغير معرضين. إن هذا الاستنتاج كان متسقاً بين الأقاليم الستة لمنظمة الصحة العالمية، بالرغم من وجود تباينات ضئيلة في النسبة بين هؤلاء الذين تعرضوا لدخان التبغ السلبي ونظرائهم الذين لم يتعرضوا. كما أن المعطيات المتعلقة بمدى الاستعداد – للشروع بالتدخين – كانت

قانون ولاية أو قانون محلي يجعل من مقار العمل، المطاعم أو البارات خالية تماماً من التدخين؛ 23,8% من السكان يخضعون لقوانين ولاية أو قوانين محلية تجعل من هذه المواقع الثلاثة خالية تماماً من التدخين، و38,8% من السكان يخضعون لقوانين ولاية أو قوانين محلية تجعل من مقار العمل خالية تماماً من التدخين [10].

إن المرمى من اليوم العالمي للامتناع عن التبغ الذي تحببه منظمة الصحة العالمية في سنة 2007 هو تشجيع إيجاد بيئات خالية تماماً من التدخين. مثل هذه السياسات ستساهم في خفض معدل الوفيات بين الغير مدخنين الذين يموتون بسبب إصابتهم بأمراض ناتجة عن استنشاق دخان التبغ السلبي كما ستساعد على الحد من تعاطي التبغ بين الأشخاص الذين ما يزالون يدخنون [9]

المراجع

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2006. Available at http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2006/index.htm.
2. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Sacramento, CA: Office of Environmental Health Hazard Assessment; 2005.
3. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France: IARC Press; 2004.
4. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP, Asma S, Global Tobacco Surveillance System Collaborative Group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. Lancet 2006;367:749-53.
5. Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Merritt RK. Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. Health Psychol 1996;15:355-61.

إن النتائج التي خلص إليها هذا التقرير هي عرضة لثلاثة محدوديات على الأقل. أولاً، نظراً لكون المسح العالمي للتبغ حول الشباب مقتصر على الطلاب، فإن المسح قد لا يكون ممثلاً لجميع اليافعين في عمر 13-15 سنة في الدول المشاركة في المسح. ولكن، في معظم الدول نجد أن الغالبية من الأشخاص في هذه المجموعة العمرية تواظب على حضور مدارس نظامية، خصوصية، أو مدارس فنية [6]. ثانياً، إن هذه المعطيات تنطبق فقط على اليافعين الذين كانوا في المدرسة في اليوم الذي أجري فيه المسح والذين أتموا المسح. ولكن، كانت نسب إجابة الطلاب عالية (إن أكثر من 90% من المواقع التي أجري فيها المسح كانت نسبة إجابة الطلاب 80% أو أكثر)، مما يشير إلى أن التحيز الذي يعزى إلى غياب الطالب أو عدم إجابته كان محدوداً. أخيراً، إن البيانات كانت معتمدة على الإقرار الذاتي للطلاب الذين قد يقللوا أو يبالغوا في وصف سلوكهم أو مواقفهم. إن درجة هذا التحيز لا يمكن تحديدها من خلال هذه البيانات؛ ولكن دراسات المعولية التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية قد أظهرت نتائج (اختبار-إعادة الاختبار) جيدة في أسئلة مشابهة متصلة بالتبغ [7].

إن البيانات العلمية قد جازمت بعدم وجود أي مدى من الأمان في التعرض لدخان التبغ السلبي، الملوث الذي يسبب حدوث أمراض خطيرة لدى البالغين والأطفال [1-3]. لذا فإن تطبيق مبدأ البيئات الخالية تماماً من التدخين هو السبيل الناجع الوحيد لحماية السكان من التعرض لدخان التبغ السلبي. إن المادة 8 من اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ التي صادقت عليها أكثر من 145 دولة، تدعو السلطات المختصة لتوفير "الحماية من التعرض لدخان التبغ في أماكن العمل الداخلية، وسائل النقل العمومية، الأماكن العمومية الداخلية وإذا أمكن، في الأماكن العمومية الأخرى" [8]. توصي منظمة الصحة العالمية بالبيئات الخالية تماماً من التدخين كسبيل وحيد مثبت الفعالية لتوفير الحماية الكافية لصحة العامة والعمال [9].

في سنة 2004، أصبحت أيرلندا الدولة الأولى التي تبادر إلى خلق مقار عمل مغلقة وأماكن عمومية خالية من التدخين عبر حظر شامل شمل المطاعم، الحانات والبارات. ومنذ ذلك الحين قامت دول أخرى بسن حظورات مشابهة: موريشيوس، نيوزيلندا، النيجر، النرويج، إيطاليا، سكوتلندا، أيرلندا الشمالية، مقاطعة ويلز، أوغندا، والأوروغواي [9]. في كندا، يعيش 80% من السكان تحت سلطات قضائية تتبنى تشريعات شاملة للخلو من التدخين [9]. علاوة على ذلك نجد أن الغالبية العظمى من الأشخاص في الولايات المتحدة الأمريكية يعيشون تحت سلطة

67%، من 43,2% خلال الفترة 1992-1993 إلى 72,2% في عام 2003. خلال هذه الفترة ازداد انتشار مثل هذه القواعد على المستوى الوطني بنسبة 231%، من 9,6% إلى 31,8% في الأسر التي يوجد فيها مدخن واحد على الأقل وبنسبة 47%، من 56,8% إلى 83,5% بين الأسر التي لا يوجد فيها مدخنون. لقد لوحظت الزيادة في انتشار قواعد المنزل الخالي من التدخين على المستوى الوطني وعلى مستوى الولايات على الرغم من وجود بعض التباينات في ذلك فيما بين الولايات. إن التدابير الشاملة في مكافحة التبغ بما فيها المداخلات المعتمدة على البيئات لمساعدة المدخنين على الإقلاع عن التدخين، السياسات التي تجعل من مزارع العمل والأماكن العمومية خالية من التدخين، والمبادرات الرامية إلى تثقيف العامة حول التأثيرات الصحية لدخان التبغ السلبي، كلها عناصر ضرورية للمضي نحو تحقيق مزيد من الحد من تعرض الغير مدخنين لدخان التبغ السلبي.

إن المسح السكاني الحالي هو مسح شهري مستمر للأسر يديره مكتب الإحصاء الرسمي في الولايات المتحدة لصالح مكتب إحصائيات العمل الذي يختبر مؤشرات القوة العاملة للسكان المدنيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية مؤسسية في الولايات المتحدة وبعمر ≥ 15 سنة [2]. ابتداء من 1992-1993، قام المعهد الوطني للسرطان برعاية ملحق لتعاطي التبغ ضمن هذا المسح يحتوي أسئلة حول تعاطي التبغ والمواضيع ذات الصلة. تم إجراء المسح السكاني الحالي وملحق تعاطي التبغ التابع له في شهور معينة خلال الأعوام 1992-1993، 1995-1996، 1998-1999، 2001-2002، و2003. إن معطيات سنة 2003 هي أكثر البيانات المتاحة للتحليل حديثة. لقد استخدمت البيانات المستقاة من الأعوام 1992-1993، و1998-1999، و2003 في هذا التقرير. تحوي هذه العينة الممثلة للمستوى الوطني معلومات حول ما يقارب 240 000 شخص خلال فترة الاستبيان المحددة. تراوحت نسب الاستجابة على المسح السكاني الحالي وملحق تعاطي التبغ التابع له من 65% في العام 2003 إلى 72% في الفترة 1992-1993 [2]. وقد تم تعديل البيانات لمراعاة حالات عدم الاستجابة وتم توزيعها لتوفير تقديرات وطنية وخاصة بالولايات، لمدى انتشار قواعد المنزل الخالي من التدخين، وحُسيبت مجالات الثقة.

يمكن الحصول على معلومات إضافية من الموقع الإلكتروني:

<http://riskfactor.cancer.gov/studies/tus-cps/info.html>

6. United Nations Children's Fund. The state of the world's children, 2002. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2002. Available at <http://www.unicef.org/sowc02/fullreport.htm>.
7. Brener ND, Kann L, McManus T, Kinchen SA, Sundberg EC, Ross JG. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. J Adolesc Health 2002;31:336-42.
8. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Available at <http://www.who.int/tobacco/framework>.
9. World Health Organization. Smoke-free inside: create and enjoy 100% smoke-free environments. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available at <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/en/index.html>.
10. American Nonsmokers' Rights Foundation. Summary of 100% smokefree state laws and population protected by 100% U.S. smokefree laws. Berkeley, CA: American Nonsmokers' Rights Foundation; 2007. Available at <http://www.no-smoke.org/pdf/SummaryUSPopList.pdf>

انتشار قواعد المنزل الخالي من التدخين على مستوى الولاية - الولايات المتحدة، 1992-2003

يسبب دخان التبغ السلبي الوفاة المبكرة والمرض للأطفال ولدى البالغين الغير مدخنين [1]. إن المنزل هو المصدر الأساسي للتعرض إلى دخان التبغ السلبي للرضع والأطفال ومصدر هام للتعرض لدخان التبغ السلبي لغير المدخنين من البالغين [1]. لكي نستطيع قياس النزعة المميزة لانتشار قواعد "التدخين ممنوع" في المنزل (أي القواعد التي تجعل المنزل خالياً من التدخين) على المستوى الوطني وعلى مستوى الولاية تقوم مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها بتحليل البيانات الموجودة في ملحق تعاطي التبغ الملحق بالمسح السكاني الحالي للسنوات 1992-1993، و1998-1999، و2003. يلخص تقريرنا نتائج هذا التحليل، الذي يشير إلى أن انتشار الأسر التي تتبنى قواعد منع التدخين على المستوى الوطني في الولايات المتحدة قد ازداد بنسبة

طرح السؤال التالي على كل فرد من أفراد الأسرة بعمر ≥ 15 عام، "أي من الجمل التالية تصف بشكل أفضل قواعد التدخين داخل منزلك؟" كانت الإجابات المتاحة هي (1) "لا يُسمح لأحد بالتدخين في أي مكان في المنزل"، (2) "يُسمح بالتدخين في بعض أماكن المنزل أو في أوقات معينة داخل المنزل"، أو (3) "التدخين مسموح به في أي مكان داخل المنزل". استبعدت من التحليل الأسر التي أجابت بـ "لا أعلم" أو "رفضت" أو "لا جواب" وتلك التي وجد هناك تناقض في إجابات أفرادها (مثلاً عندما يجيب أحد المشاركين بوجود قاعدة المنزل الخالي من التدخين في الأسرة ويجب آخر من نفس الأسرة بأن التدخين مسموح به داخل المنزل). منذ العام 1992-1993 إلى العام 2003 حدثت زيادة على المستوى الوطني وفي كل ولاية في نسبة المساكن التي تتبنى قواعد المنازل الخالية من التدخين بشكل كامل (أي لا يُسمح لأحد بالتدخين في أي مكان في المنزل) [انظر الجدول أناه]. خلال العام 1992-1993، تراوحت النسبة المئوية للأسر التي تطبق قواعد المنزل الخالي من التدخين بين 25,7% في ولاية كنتاكي إلى 69,6% في ولاية يوتا. أما في العام 2003 فقد تراوحت النسبة بين 53,4% في كنتاكي إلى 88,8% في يوتا. كانت الولاية الأقل زيادة في النسبة خلال تلك الفترة هي يوتا (27,6%)، والتي حظيت بأكبر انتشار لقواعد المنزل الخالي من التدخين خلال الفترة 1992-1993. أما ولاية كنتاكي التي امتلكت أقل انتشار لقواعد المنزل الخالي من التدخين خلال 1992-1993 فقد امتازت بالزيادة الأكبر خلال هذه الفترة (107,9%).

أعد هذا التقرير كل من السادة:

A Trosclair, S Babb, R Murphy, K Asman, C Husten, A Malarcher, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.

تنويه من المحرر:

إن الأغراض المنقحة لسنة 2010 لبناء أفراد أصحاء تدعو إلى التقليل من نسبة الأطفال بعمر أقل من 6 سنوات الذين يتعرضون بشكل منتظم لدخان التبغ السلبي (≥ 4 أيام في الأسبوع) في المنزل إلى 6% (الغرض 27-9) والتقليل من نسبة غير المدخنين بعمر ≥ 4 سنوات ممن يتعرضون لدخان التبغ السلبي إلى 63% (الغرض 27-10) [3]. لقد تم تحقيق الغرض الثاني: إن حوالي 36% من غير المدخنين في الولايات المتحدة تعرضوا لدخان التبغ

السلبي خلال 2003-2004 (مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، بيانات غير منشورة من الاستبيان الوطني لفحص الصحة والتغذية، 2003-2004). إن التقدم الذي أنجز في مجال تحقيق هذه الأغراض يعكس التراجع الحالي الحاصل في مدى التعرض لدخان التبغ السلبي في المنازل، مقار العمل، الأماكن العمومية وفي أماكن أخرى.

يشير التقرير الذي نشر حديثاً لكبير الأطباء حول "العواقب الصحية للتعرض القصري لدخان التبغ" إلى أن التعرض لدخان التبغ السلبي قد انخفض خلال العقد الماضي كنتيجة لسياسات أقوى لعدم التدخين في مقار العمل والأماكن العمومية [1]. ورغم ذلك يستمر تعرض ملايين عديدة من الأطفال وغير المدخنين من البالغين لدخان التبغ السلبي. ونظراً لأن الأفراد يقضون وقتاً كثيراً في المنزل يظل هذا بمثابة الموقع الأساسي الذي يحدث فيه التعرض لهذا الدخان بالنسبة للأطفال والبالغين غير المدخنين الذين يتعرضون للدخان في المنزل وليس في العمل. يملك الأطفال الذين يعيشون في منازل يُسمح فيها بالتدخين نسب أعلى من الكوتينين في الدم (مستقلب للنيكوتين يستخدم كواسم حيوي للتعرض لدخان التبغ السلبي لدى غير المدخنين) مقارنة مع الأطفال الذين يعيشون في منازل لا يُسمح فيها بالتدخين [1]. بالإضافة إلى ذلك هناك تفاوت جوهري اجتماعي ديموغرافي فيما يتعلق بالتعرض لدخان التبغ السلبي في المنزل. مثلاً، تشير البيانات إلى أن السود والأفراد ذوي الدخل المنخفض هم الأكثر عرضة لدخان التبغ السلبي في المنزل من المجموعات الأخرى [1].

ينص تقرير كبير الأطباء على أن القضاء الكامل على التدخين في الأماكن المغلقة هو الوسيلة الوحيدة التي تقي بشكل كامل غير المدخنين من التعرض لدخان التبغ السلبي؛ أما المقاربات الأخرى مثل الفصل بين المدخنين وغير المدخنين والتهوية فهي ليست فعالة [1]. إن الاعتقاد الخاطيء بأن التدابير التي تفشل في جعل المنازل خالية تماماً من التدخين يمكنها أن تكون فعالة في حماية الأطفال والبالغين غير المدخنين يمثل عائقاً كبيراً أمام تبني قواعد المنزل الخالي من التدخين [1]. إن جعل المنازل خالية تماماً من التدخين يقلل بشكل جوهري من التعرض الإجمالي لدخان التبغ السلبي لدى القاطنين من غير المدخنين؛ تشير البيانات أيضاً إلى أن تبني قواعد المنزل الخالي من التدخين تساعد المدخنين على الإقلاع عن التدخين وتقلل من إمكانية الشروع بالتدخين بين اليافعين [1، 4].

الجدول. نسبة الأسر التي أفادت بتبنيها قواعد في المنازل تمنع فيها التدخين، بحسب الولاية/المنطقة - المسح السكاني الحالي، الولايات المتحدة الأمريكية، 1993-1992، 1999-1998، و2003*

النسبة المئوية للتغيير من 1993-1992 إلى 2003	2003 (127 332 = n)		1999-1998 (117 895 = n)		1993-1992 (132 899 = n)		الولاية/المنطقة
	(مجال الثقة 95%)	%	(مجال الثقة 95%)	%	(مجال الثقة 95%) [†]	%	
82,1	(74,1-67,7)	70,9	(62,8-55,5)	59,1	(43,7-34,2)	38,9	ألياما
48,8	(78,6-73,0)	75,8	(64,8-57,0)	60,9	(55,3-46,6)	50,9	الاسكا
51,5	(84,7-80,1)	82,4	(74,4-68,8)	71,6	(57,9-50,9)	54,4	أريزونا
81,0	(64,6-55,6)	60,1	(55,8-50,2)	53,0	(36,3-30,1)	33,2	أركنساس
42,9	(85,4-83,4)	84,4	(73,9-71,5)	72,7	(60,8-57,4)	59,1	كاليفورنيا
64,3	(81,3-77,3)	79,3	(68,7-61,7)	65,2	(51,2-45,3)	48,3	كولورادو
64,2	(75,7-71,1)	73,4	(65,3-54,8)	60,1	(47,4-42,0)	44,7	كونتيكت
73,7	(72,6-66,8)	69,7	(59,2-51,6)	55,4	(43,3-37,0)	40,1	ديلووير
64,7	(70,9-65,3)	68,1	(60,2-53,1)	56,6	(45,3-37,4)	41,4	مقاطعة كولومبيا
56,4	(79,9-77,1)	78,5	(67,8-64,1)	66,0	(52,1-48,3)	50,2	فلوريدا
85,4	(80,9-73,9)	77,4	(64,5-59,3)	61,9	(44,8-38,7)	41,8	جورجيا
54,9	(82,8-76,6)	79,7	(68,9-61,1)	65,0	(55,8-47,1)	51,5	هاواي
55,9	(81,1-76,5)	78,8	(74,1-66,6)	70,3	(55,6-45,6)	50,6	أيداهو
68,0	(66,6-63,0)	64,8	(56,2-52,9)	54,6	(41,7-35,4)	38,6	إلينوي
85,2	(66,7-58,7)	62,7	(50,9-44,8)	47,9	(37,1-30,7)	33,9	إنديانا
88,6	(71,6-64,4)	68,0	(57,4-48,4)	52,9	(39,0-33,2)	36,1	أيووا
67,8	(70,0-63,8)	66,9	(62,9-55,8)	59,3	(43,7-36,0)	39,9	كنساس
107,9	(58,3-48,5)	53,4	(42,8-35,0)	38,9	(29,9-21,5)	25,7	كنتاكي
83,9	(72,1-65,1)	68,6	(63,5-53,0)	58,2	(40,8-33,8-)	37,3	لوزيانا
75,1	(71,1-66,9)	69,0	(57,5-51,3)	54,4	(44,2-34,6)	39,4	ماين
76,6	(78,7-73,1)	75,9	(67,0-61,7)	64,3	(46,3-39,7)	43,0	مرييلاند
87,6	(77,6-73,4)	75,5	(62,4-57,7)	60,1	(42,4-38,1)	40,3	ماساتشوستس
71,7	(62,7-58,7)	60,7	(53,6-48,7)	51,2	(37,2-33,5)	35,4	ميشغن
80,1	(74,0-69,0)	71,5	(64,3-58,7)	61,5	(41,6-37,8)	39,7	مينيسوتا
69,1	(73,1-66,1)	69,6	(58,7-51,2)	54,9	(45,0-37,3)	41,2	ميسيسيبي
85,7	(67,2-60,8)	64,0	(57,2-50,3)	53,7	(38,6-30,4)	34,5	ميسوري
62,5	(73,3-66,7)	70,0	(64,7-57,3)	61,0	(47,0-39,2)	43,1	مونتانا
73,3	(72,5-65,9)	69,2	(61,8-57,3)	59,5	(43,6-36,2)	39,9	نبراسكا
74,9	(82,0-77,2)	79,6	(66,3-61,0)	63,7	(48,7-42,4)	45,5	نيفادا
94,4	(77,2-72,0)	74,6	(60,9-52,2)	56,5	(42,1-34,7)	38,4	نيوهامبشر
62,5	(76,0-72,0)	74,0	(63,2-59,4)	61,3	(47,9-43,1)	45,5	نيوجرسي
65,8	(77,7-73,3)	75,5	(65,5-59,9)	62,7	(50,1-41,0)	45,6	نيوميكسيكو
69,5	(72,1-68,9)	70,5	(59,8-56,7)	58,3	(43,4-39,8)	41,6	نيويورك
90,8	(67,8-63,0)	65,4	(54,9-51,0)	53,0	(36,1-32,6)	34,3	كارولينا الشمالية
65,7	(71,9-64,5)	68,2	(61,0-51,8)	56,4	(45,3-37,0)	41,2	داكوتا الشمالية
73,2	(63,2-58,4)	60,8	(53,3-49,5)	51,4	(36,6-33,6)	35,1	أوهايو
64,9	(68,1-61,3)	64,7	(57,3-50,8)	54,1	(43,5-34,9)	39,2	أوكلاهوما
62,4	(84,1-78,3)	81,2	(71,6-64,5)	68,0	(54,1-45,9)	50,0	أوريجون
69,0	(69,5-65,5)	67,5	(57,9-54,7)	56,3	(41,7-38,2)	39,9	بنسلفانيا
79,6	(72,4-67,2)	69,8	(63,0-57,8)	60,4	(43,9-33,8)	38,9	رود آيلاند
67,9	(70,8-64,2)	67,5	(61,2-56,1)	58,6	(42,9-37,5)	40,2	كارولينا الجنوبية
93,2	(74,1-68,1)	71,1	(61,8-52,5)	57,1	(39,3-34,3)	36,8	داكوتا الجنوبية
88,3	(68,4-60,0)	64,2	(55,1-48,9)	52,0	(37,6-30,6)	34,1	تينييسي
69,5	(80,1-76,9)	78,5	(67,0-63,6)	65,3	(49,2-43,4)	46,3	تكساس
27,6	(91,5-86,1)	88,8	(85,1-77,2)	81,1	(73,4-65,8)	69,6	يوتا
77,5	(71,8-66,8)	69,3	(62,9-56,4)	59,7	(42,9-35,2)	39,1	فيرمونت
85,1	(75,3-70,1)	72,7	(62,1-54,6)	58,4	(42,4-36,1)	39,3	فيرجينيا
46,2	(82,2-76,4)	79,3	(71,8-66,1)	68,9	(58,0-50,5)	54,3	واشنطن
105,5	(60,8-53,4)	57,1	(46,5-39,1)	42,8	(31,9-23,7)	27,8	فيرجينيا الغربية
81,1	(69,2-63,6)	66,4	(58,9-51,9)	55,4	(39,8-33,5)	36,7	ويسكونسن
69,8	(69,1-61,9)	65,5	(61,1-54,8)	58,0	(42,7-34,5)	38,6	ويومنج
27,6	—	53,4	—	38,9	—	25,7	الحد الأدنى
107,9	—	88,8	—	81,1	—	69,6	الحد الأعلى
80,2	—	35,4	—	42,3	—	43,9	المدى
71,7	—	69,8	—	58,6	—	39,9	الوسيط
67,1	(72,6-71,8)	72,2	(60,6-59,8)	60,2	(44,1-42,3)	43,2	الإجمالي

الاعتماد على ملاحق تعاطي التبغ الملحقة في المسح السكاني الحالي (1993-1992، 1999-1998، و2003). توجد معلومات إضافية على الرابط: <http://www.census.gov/prod/2002pubs/tp63rv.pdf>. تم فحص جميع الإجابات من أفراد الأسرة بعمر 15 ≥ عام لتقدير نسبة المنازل التي تمتلك قواعد عدم التدخين (أي أن جميع المستجوبين في المنزل أجابوا بأنه لا يُسمح لأحد بالتدخين في أي مكان داخل المنزل). استبعدت من التحليل الأسر التي أجابت بـ "لا أعلم"، أو "رفضت" أو "لا جواب" وتلك التي وجد هناك تناقض في إجابات أفرادها (مثلاً عندما يجيب أحد المشاركين بوجود قاعدة المنزل الحالي من التدخين في الأسرة ويجيب آخر من نفس الأسرة بأن التدخين مسموح به داخل المنزل).
 سجل الثقة (confidence interval).

إن الزيادة في أعداد المنازل الخالية من التدخين التي أوضحها هذا التقرير يبدو أنها تعود إلى عاملين: (1) انخفاض في معدلات التدخين بين البالغين واليافعين [1]، و (2) تبني قواعد المنزل الخالي من التدخين بسبب التغييرات الحاصلة في المعرفة والمواقف [1]. نظراً لأن قواعد المنزل الخالي من التدخين يتم وضعها بشكل طوعي في المنزل، فهي مؤشرات هامة على التغييرات الحاصلة في الوعي العمومي حول التأثيرات الصحية لدخان التبغ السلبي وفي المواقف العمومية فيما يتعلق بالقبول الاجتماعي للتدخين. وتعكس أيضاً الاهتمام الشخصي بحماية أفراد العائلة [1]. وعلى وجه الخصوص توميء الزيادة الكبيرة في الأسر التي تتبنى قواعد المنزل الخالي من التدخين التي حدثت في السنوات العشرة الأخيرة إلى تحول واضح في المثل والقيم الاجتماعية.

تشير كل من الدراسات المستعرضة والاستباقية التي تتفحص الارتباط الكائن بين القوانين والسياسات التي تقيد التدخين في مزار العمل والأماكن العمومية، والقيود المفروضة على التدخين في المنازل الخاصة إلى أن تجربة العيش ضمن قوانين تجعل من مزار العمل والأماكن العمومية خالية من التدخين تزيد من احتمال تبني الطوعي لقواعد المنازل الخالية من التدخين [5]. كما أن العوامل الأخرى بما فيها غياب المدخنين ووجود الأطفال والبالغين غير المدخنين في الأسرة تترافق أيضاً مع زيادة تبني قواعد المنزل الخالي من التدخين [1، 5]. كجزء من مقارنة شاملة لمكافحة التبغ يلعب مجتمع الصحة العمومية دوراً هاماً في تشجيع مفهوم المنازل الخالية من التدخين من خلال تثقيف المدخنين حول المخاطر الناجمة عن التعرض لدخان التبغ السلبي التي تحدد بصحة عائلاتهم [1]. تنفذ وكالة حماية البيئة في الولايات المتحدة برنامج تثقيف وطني يشجع الأهل على جعل منازلهم خالية من التدخين لحماية لصحة أطفالهم [6]. يمكن أيضاً للحملات التثقيفية أن تزيد من الوعي العمومي حول المخاطر الصحية الجمة التي تهدد البالغين غير المدخنين بسبب التعرض لدخان التبغ السلبي في المنزل. نحن بحاجة لمزيد من الأبحاث بما فيها تقييم للمبادرات الجارية لكي نختبر أي مقارنة تثقيفية هي الأكثر فعالية في دعم المنازل الخالية من التدخين.

تواجه نتائج هذا التقرير على الأقل أربعة محدوديات. أولاً، [عالم هنا معدل الاستجابة للمسح السكاني الحالي وملحق تعاطي التبغ التابع له ومصدقيتها]. ثانياً، تعتمد تقديرات المنازل التي تتبنى قواعد منع التدخين على الإقرار الذاتي ولم يتم التحقق من مصدوقيتها بطريقة موضوعية [7]. إلا أن البيانات الناتجة عن الاستبيان الوطني لفحص

الصحة والتغذية أشارت إلى وجود توافق بين الإقرار الذاتي للتعرض لدخان التبغ السلبي في المنزل مع مستويات كورتينين الدم، مما يوحي بأن الإقرار الذاتي حول تبني قواعد التدخين المنزلي هو أيضاً مصدوق [8]. بالإضافة إلى ذلك لا يوجد أي دليل على أن سوء التصنيف للإقرار الذاتي عن وجود قيود على التدخين المنزلي قد تغير مع مرور الزمن، وهكذا فإن البيانات الموجودة في هذه الدراسة يفترض أنها تعكس بشكل مضبوط النزعات السائدة على المستوى الوطني وعلى مستوى الولاية. ثالثاً، بسبب تناقض إجابات بعض الأفراد من أسر معينة فيما يتعلق بمدى القيود المفروضة على التدخين، فقد تم استبعاد تلك الأسر من التحليل. إلا أن نسبة هذه الأسر التي وجد فيها مثل هذه التناقضات كانت ضئيلة وقد انخفضت مع مرور الزمن من 6,6% من الأسر خلال 1992-1993 إلى 2,3% في 2003. أخيراً، إن بعض الأسر التي أجابت على السؤال المتعلق بقواعد التدخين في المنزل كان فيها ساكن واحد (41,5% في 2003). في مثل هذه الحالات لا يوجد قاطن آخر في المنزل يمكن أن يكون مصدر لدخان التبغ السلبي أو يتعرض لدخان التبغ السلبي. ومع ذلك فإن قاعدة المنزل الخالي من التدخين ستظل تحمي قاطن المنزل من التعرض لدخان التبغ السلبي من الزوار كما أنها ستحمي الزائرين من هذا الدخان. بشكل مماثل في الحالات التي لا يكون أي من أفراد المنزل المتعدد السكان من المدخنين فإن قواعد المنزل الخالي من التدخين ستظل تحمي قاطن المنزل الغير مدخنين من التعرض لدخان التبغ السلبي من الزوار. إن الخطوة الوحيدة الأفضل التي يمكن للمدخن أن يتخذها لحماية صحة كل من أفراد العائلة غير المدخنين وصحته هو أيضاً هي في الإقلاع عن التدخين. إن مبادرات وقف التدخين الفعالة متوفرة بما فيها الاستشارة السريرية الموجزة، أدوية موافق عليها من قبل إدارة الغذاء والدواء، وخطوط هواتف للإقلاع في الولايات (متاحة من خلال الاتصال على الرقم 1-800-QUIT NOW) [9]. بالإضافة إلى تقديم المشورة والنصح للمرضى بالإقلاع عن التدخين، يمكن لمقدمي الرعاية الصحية أن يساعدوا المرضى في الإقلاع من خلال مناقشة التأثيرات الصحية للتعرض لدخان التبغ السلبي ومن خلال نصحتهم بتبني قواعد المنزل الخالي من التدخين [1]. إن برامج مكافحة التبغ الشاملة التي تنفذ مداخلات فعالة للحد من الشروع بالتدخين وزيادة فرص الإقلاع عن التدخين وإنهاء تعرض غير المدخنين لدخان التبغ السلبي يجب أن تطبق بشكل كامل للتسريع من التقدم نحو التخفيف من العبء الصحي الناتج عن تعاطي التبغ ودخان التبغ السلبي [10]. رغم أن التعرض لدخان التبغ السلبي قد

restrictions and adolescent smoking. JAMA 2000;284:717–22.

5. Borland R, Yong H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control 2006;15(suppl 3):iii42–iii50.
6. US Environmental Protection Agency. Smoke-free homes program. Available at <http://www.epa.gov/smokefree>.
7. Mumford EA, Levy DT, Romano EO. Home smoking restrictions: problems in classification. Am J Prev Med 2004;27:126–31.
8. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, et al. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke: the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1991. JAMA 1996;275:1233–40.
9. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA 2000;283:3244–54.
10. CDC. Best practices for comprehensive tobacco control programs—August 1999. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 1999.

تأهيل المرضى الخارجيين ممن نجوا من السكتة في 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا، 2005

السكتة هي السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى عجز شديد طويل الأمد في الولايات المتحدة [1]. يعاني حوالي 700 000 أمريكي كل سنة من الإصابة بسكتة جديدة أو ناكسة [1]؛ ومن بين أولئك الناجين من السكتة يشفى 10% منهم فقط شفاءً تاماً، ويحتاج الباقون من الناجين إلى التأهيل بسبب العجز الناجمة [2]. إن العجز طويل الأمد لا يؤثر فقط على الوضع الوظيفي والدور الاجتماعي للناجين من السكتة، ولكنه يكبد تكاليف كبيرة؛ من المتوقع أن

انخفض بشكل كبير بين غير المدخنين في الولايات المتحدة خلال العشر سنوات الماضية، تشير نتائج هذا التقرير إلى أن ملايين الأطفال وغير المدخنين من البالغين ما يزالون في خطر التعرض لدخان التبغ السلبي بسبب أن المنازل لا تتبنى حظراً ضد التدخين. نحن بحاجة إلى الاستمرار في زيادة عدد مقار العمل الخالية من التدخين، الأماكن العمومية الخالية من التدخين، والمنازل الخالية من التدخين لحماية غير المدخنين من هذا الخطر الشديد الانتشار المحقق بالصحة والذي يمكن درء أضراره [1].

شكر

هذا التقرير يعتمد في جزء منه على مساهمات من السادة:

AM Hartman, National Cancer Institute; A Freeman, US Environmental Protection Agency; JT Gibson, Information Management Services, Inc., Silver Spring, Maryland; and AP Meier, US Census Bureau.

المراجع

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2006. Available at http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2006/index.htm.
2. US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. The current population survey: design and methodology. Technical paper 63RV. Washington, DC: US Department of Labor; 2002. Available at <http://www.census.gov/prod/2002pubs/tp63rv.pdf>.
3. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: midcourse review. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2006. Available at <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse/html/default.htm>.
4. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking

تصل التكاليف المباشرة وغير المباشرة للسكتة في الولايات المتحدة إلى 62,7 بليون دولار أمريكي في العام 2007 [1]. ورغم أن الدراسات قد وجدت أن حصول المريض على التأهيل المكثف وفي الوقت المناسب يمكن أن يحسن وبشكل كبير من الحاصل الوظيفية للمرضى ونوعية الحياة التي سيعيشونها بعد إصابتهم بسكتة حادة [2-4]، فإن القليل من الدراسات [5] قد أعطى تقديرات اعتماداً على الدراسة السكانية لمدى انتشار التأهيل لمرضى السكتة الحادة. وبغرض دراسة مدى انتشار التأهيل للمرضى الخارجيين المصابين بالسكتة بين مجموعات مختارة من السكان، قامت مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها بتقييم البيانات المأخوذة من نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي في عام 2005 حول الناجين من السكتة في 21 ولاية* ومقاطعة كولومبيا. يلخص هذا التقرير نتائج التقييم التي تشير إلى أن 30,7% من الناجين من السكتة قد تلقوا تأهيلاً خارج المستشفى، وأن مدى انتشار التأهيل خارج المستشفى كان أعلى بين الذكور، السود المنحدرين من أصل غير الإسباني، والبالغين العاطلين عن العمل أو المتقاعدين، والأشخاص الذين يعيشون في مدينة مركزية في منطقة حضرية إحصائية وذلك قياساً على مجموعات المقارنة. تشير النتائج أيضاً إلى أن معدل انتشار الناجين من السكتة ممن يتلقون خدمات التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى هو أقل مما هو متوقع له أن يكون إذا ما تم الالتزام بإرشادات الممارسة السريرية مع جميع المرضى الذين أصيبوا بالسكتة [4، 6]. إن زيادة عدد الناجين من السكتة الذين يتلقون التأهيل خارج المستشفى الذين هم بحاجة له قد يؤدي إلى وضع وظيفي أحسن ونوعية حياة أفضل في هذه المجموعة السكانية.

تم تحليل البيانات من نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي في عام 2005، وهو مسح يجري على مستوى الولاية عبر الاتصال الهاتفي العشوائي بالسكان المدنيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية مؤسسية في الولايات المتحدة ممن هم بسن ≥ 18 عام. سئل جميع المشاركين "هل أخبرك طبيب، ممرضة، أو أي مهني صحي آخر بأنك أصبت بالسكتة؟" إذا كانت الإجابة "بنعم" يُسأل المشارك سؤالاً إضافياً من مجموعة الأسئلة الاختيارية الخاصة بصحة القلب والأوعية الدموية: "بعد أن غادرت المستشفى عقب إصابتك بالسكتة، هل ذهبت إلى أي نوع من مراكز التأهيل خارج المستشفى؟"

*الabama، أركنساس، كونيتيكت، جورجيا، كنساس، كنتاكي، لويزيانا، ماين، مينيسوتا، ميسيسيبي، مونتانا، نبراسكا، نيوجرسي، نيويورك، داكوتا الشمالية، أوهايو، أوكلاهوما، كارولينا الجنوبية، يوتا، فيرجينيا، وفيرجينيا الغربية.

وهذا ما يُسمى في بعض الأوقات بالتأهيل". (يمكن للسكتة أو عملية التأهيل أن تكونا قد حدثتا في أي وقت مضى؛ لم يتم وضع أي قيود على البيانات) شملت البيانات الاجتماعية الديموغرافية التي تم جمعها في الاستبيان على العمر، الجنس، العرق/الإثنية، الحالة الاجتماعية، التعليم، الحالة الوظيفية، مستوى الدخل، تغطية التأمين، والوضع الممنوح للمشاركة في المنطقة الحضرية الإحصائية التابع لها. نفذت 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا المجموعة الاختيارية من الأسئلة؛ وكان معدل الإجابة الوسيطي بحسب إرشادات مجلس المنظمات الأمريكية للمسح والبحث 51,3% (المدى: 34,6% إلى 66,7%). يأخذ معدل الإجابات - بحسب إرشادات المجلس - بعين الاعتبار كل من فعالية طريقة الاعتيان عبر الهاتف ونسب المشاركة الفعلية بين الأفراد المؤهلين للمشاركة [عرف هنا أهلية المشاركة]. إن معدل التعاون الوسيطي - المعرف على أنه نسبة المشاركين الذين تمت مقابلتهم من بين جميع الأفراد المؤهلين الذين تم الاتصال بهم - كان 74,3% (المدى: 63,2% إلى 85,3%).

تم حساب تقديرات الانتشار ومجالات الثقة 95% لتاريخ الإصابة بالسكتة وتلقي التأهيل خارج المستشفى للمصابين بالسكتة من بين الناجين من السكتة وذلك من البيانات المجمعة من 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا. وقد تم أيضاً الحصول على تقديرات لمدى انتشار التأهيل لمرضى السكتة خارج المستشفى فيما يخص السكان وذلك تبعاً للعمر، الجنس، العرق/الإثنية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الوضع الوظيفي، مستوى الدخل، تغطية التأمين، والوضع الممنوح للمشاركة في المنطقة الحضرية الإحصائية التابع لها. تم استخدام التحوف اللوجستي لتقدير احتمالات تلقي المرضى خارج المستشفى للتأهيل بعد السكتة في المجموعات السكانية الفرعية بالمقارنة مع المجموعة المرجعية، وذلك بعد إدخال التعديل المطلوب لمراعاة العمر. تم توزيع البيانات بحيث تعكس عدد سكان كل ولاية.

من بين 129 761 مشارك في الاستبيان في 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا، ذكر 4689 شخص (2,6%)، مجال الثقة = 2,5-2,8) بأنهم أصيبوا يوماً بالسكتة. من بين هؤلاء أجاب 4420 على السؤال حول التأهيل بعد السكتة؛ 1297 (30,7%)، مجال الثقة = 28,5-33,1) قد تلقوا التأهيل بعد الإصابة بالسكتة خارج المستشفى بعد مغادرتهم لها. كان لدى الناجين من السكتة من المجموعات العمرية الثلاثة معدل انتشار متشابه للتأهيل بعد السكتة خارج المستشفى (انظر الجدول). إن معدل الانتشار المعدل بحسب العمر للحصول على التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى كان أعلى ضمن الذكور منه عند

أصبح مستقر طيباً [6]. لكن الفوائد قصيرة الأمد للتأهيل بعد السكتة داخل المستشفى قد لا تستمر على المدى الطويل، مما يشير إلى الحاجة إلى استمرار التأهيل بعد خروج المريض من المستشفى [6، 7]. توصي إرشادات حديثة في الممارسة السريرية بتوفير التأهيل بعد الخروج من المستشفى بالنسبة للمرضى ذوي العجز الأقل شدة الذين يتم تسريحهم من المستشفى بعد تلقيهم العناية اللازمة بعد السكتة الحادة وكذلك لمرضى السكتة الذين تم تسريحهم من المستشفى بعد أن حصلوا على التأهيل داخله [4، 6]؛ ولهذا فإننا نتوقع أن غالبية الناجين من السكتة (أي أكثر من 50%) سيتلقون بعض أنماط التأهيل خارج المستشفى إذا ما تم اتباع الإرشادات. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن 30,7% فقط من الناجين من السكتة قد تلقوا خدمات التأهيل خارج المستشفى بعد إصابتهم.

هذا الانتشار الأقل مما هو متوقع قد يكون ناجماً عن نقص الموارد الذي يتمثل بوجود عدد قليل جداً من مراكز وعيادات التأهيل وعدم القدرة على الوصول ببسر إلى طاقم تأهيل، وخاصة في المناطق الريفية وغير المخدمة بشكل كافٍ. إذا ما أردنا زيادة انتشار الرعاية الصحية القائمة على التأهيل بعد الإصابة بالسكتة يجب معالجة السياسات والعوامل البيئية. بالإضافة إلى ذلك، فإن الدعم الذي توفره العائلة ومقدمي الرعاية ضروري لضمان الحصول على التأهيل خارج المستشفى واستمراره بين الناجين من السكتة؛ إن الفروق التي تتعلق بالجنس الملاحظة في البيانات قد تعزى جزئياً إلى أن الناجيات من السكتة من النساء الأكبر سناً تتلقى دعماً أقل [10].

يمكن تقديم التأهيل خارج المستشفى في مرافق منفصلة أو في العيادات الخارجية في المستشفى أو في مشافي رعاية اليوم الواحد [6]. يجب أن يباشر عملية التأهيل فريق متعدد الاختصاصات وبحسب شدة العجز يمكن لهذا الفريق أن يضم طبيباً، ممرضة، معالج فيزيائي، معالج مهني، معالج بالحركة، معالج الكلام، اختصاصي علم النفس، معالج بالترفيه، بالإضافة إلى العائلة ومقدمي الرعاية [6].

تواجه نتائج هذه الدراسة على الأقل ستة محدوديات. أولاً، إن سؤال التأهيل في نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي يسأل فقط عن تلقي التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى [التلقي مقابل التأهيل الموصى به - محدودة؟]. لذا فإن هذه النتائج لا تقدم معلومات حول خدمات التأهيل للمرضى الداخليين التي يحصل عليها الناجون من السكتة. ثانياً، طرحت 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا المجموعة الاختيارية من الأسئلة؛ إلا أنه لم يكن من الممكن حساب

النساء (النسبة الاحتمالية المعدلة = 1,31، مجال الثقة = 1,05-1,63)، وكان لدى السود المنحدرين من أصل غير الإسباني انتشار أكبر لتلقي التأهيل خارج المستشفى بعد الإصابة بالسكتة مقارنة مع البيض المنحدرين من أصل غير الإسباني (النسبة الاحتمالية المعدلة = 1,49، مجال الثقة = 1,10-2,00). وبالمقارنة مع الناجين من السكتة ممن كانوا موظفين وقت إجراء الاستبيان، كان تلقي التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى أكبر بين المستجوبين العاطلين عن العمل (النسبة الاحتمالية المعدلة = 1,59، مجال الثقة = 1,16-2,18) أو المتقاعدين (النسبة الاحتمالية المعدلة = 1,45، مجال الثقة = 1,01-2,09). كان لدى البالغين الذين لا يعيشون ضمن منطقة حضرية إحصائية انتشار أقل للتأهيل بعد الإصابة بالسكتة خارج المستشفى من هؤلاء الذين يعيشون في مدينة مركزية في المنطقة الحضرية الإحصائية (النسبة الاحتمالية المعدلة = 0,72؛ 95% مجال الثقة = 0,55-0,93). إن انتشار تلقي التأهيل بعد الإصابة بالسكتة خارج المستشفى لم يختلف بشكل ذي أهمية تبعاً للحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مستوى الدخل أو وضع التأمين.

أعد هذا التقرير كل من السادة:

J Xie, MD, PhD, MG George, MD; C Ayala, PhD, HF McGruder, PhD, CH Denny, PhD, JB Croft, PhD, Division for Heart Disease and Stroke Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; AL Valderrama, PhD, EIS Officer, CDC.

تنويه من المحرر:

تشير البيانات المتزايدة إلى أن عملية التأهيل الفعالة بعد الإصابة بالسكتة مفيدة بالنسبة للناجين من السكتة وللمجتمع [4، 6]. لكن النتائج في هذا التقرير تشير إلى أن أقل من ثلث الناجين من السكتة قد ذكروا بتلقيهم التأهيل خارج المستشفى بعد الإصابة بالسكتة. كان انتشار التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى أعلى بشكل مهم بين الرجال منه بين النساء، وبين السود المنحدرين من أصل غير الإسباني منه لدى البيض المنحدرين من أصل غير الإسباني [لماذا النسب مرتفعة؟]، وبين الأفراد العاطلين عن العمل والمتقاعدين منه بين الأفراد الموظفين، وبين البالغين الذين يعيشون في مدينة مركزية ضمن منطقة حضرية إحصائية منه بين الذين لا يعيشون في منطقة حضرية إحصائية.

يجب أن يبدأ التأهيل بعد الإصابة بالسكتة في المستشفى حال تشخيص السكتة الحادة والمريض قد

تقديرات حول انتشار التأهيل بعد الإصابة بالسكتة خارج المستشفى على مستوى الأمة. ثالثاً، رغم أن تلقي التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى يعتمد بشكل كبير على شدة المرض والوضع الطبي للمريض، إلا أن المعلومات حول هذه الخصائص لم تكن متوفرة. إن التعديلات التي تراعي هذه العوامل كان من الممكن أن تغير من الارتباطات المشاهدة. رابعاً، إن الوضع الوظيفي أشار إلى الوضع الوظيفي الحالي للمشاركة وقت إجراء الاستبيان وليس الوضع الوظيفي وقت حدوث السكتة. فإذا كان المصابون بالسكتة الموظفون وقت حدوث الإصابة والذين أصبحوا غير موظفين أو تقاعدوا وقت إجراء الاستبيان هم أكثر احتمالاً للحصول على التأهيل بعد السكتة خارج المستشفى من أولئك الذين ما يزالون موظفين، فإن الارتباط بين التأهيل بعد السكتة والوضع الوظيفي في هذه الدراسة سيكون متحيزاً. خامساً، إن كل من الإصابة بالسكتة والتأهيل بعد السكتة كان من باب الإقرار الذاتي وبالتالي فهو عرضة للتحيز في التذكر؛ وقد تم احتساب السكتات التي أصيب بها المشارك في أي وقت مضى [ما هي تطبيقات هذه المحدودية؟]. أخيراً، كانت نسبة الاستجابة لنظام ترصد عامل الخطورة السلوكي منخفضة؛ لكن بيانات نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي قد أثبتت قدرتها على إعطاء تقديرات مصدوقة ومعول عليها عند مقارنتها مع المسوحات الوطنية للأسر في الولايات المتحدة [هل هذا الاستنتاج قابل للتطبيق على التأهيل بعد السكتة؟] [8].

إن التأهيل بعد السكتة هو جزء متمم لنظم رعاية مرضى السكتة، والتي تشمل الوقاية الأولية، تثقيف الجماعة، إبلاغ خدمات الطوارئ الطبية وسرعة الاستجابة من قبلهم، معالجة السكتة الحادة، معالجة السكتة تحت الحادة والوقاية الثانوية، التأهيل ونشاطات تحسين الجودة المستمر [9]. يمكن للتأهيل بعد السكتة أن يساعد الناجين منها على الاستفادة من إمكانياتهم الجسدية، النفسية، الاجتماعية والمهنية [9] من خلال تمكينهم من الحصول على استقلالية أكبر في نشاطات الحياة اليومية، وتحسين الحياة والرفاهية النفسية الاجتماعية، والتحكم الأفضل بعوامل الخطورة، وتقليل خطر المضاعفات الطبية، رجوع السكتة، والموت [6].

إن العناصر الرئيسية لإرشادات الممارسة السريرية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للسكتة حول التأهيل بعد السكتة [6] تشتمل على تقييم حالة المريض من قبل أخصائي التأهيل، التأهيل داخل المستشفى وخارج المستشفى والتأهيل المرتكز على المجتمع. إن توافر مرافق التأهيل وطاقم العمل المتخصص في المجتمع وإمكانية الوصول إليها،

والسياسات التي تشجع على دعم العائلة [مثال على هذه السياسة؟]، وتثقيف الأطباء والمرضى كل ذلك يمكن أن يحسن معدلات الحصول على التأهيل من قبل الناجين من السكتة. بالإضافة إلى ذلك، نحن بحاجة إلى المزيد من الأبحاث لتقييم مدى انتشار الإحالة وتلقي التأهيل بعد السكتة سواء داخل المستشفى أو خارجها على مستوى الولايات والمستوى الوطني. يجب أن تستمر تدابير الصحة العمومية في التركيز على تحسين نظم رعاية مرضى السكتة، منذ بدء السكتة وحتى التأهيل النهائي، لتحسين الحاصلات الإجمالية بين مرضى السكتة.

الجدول. عدد ونسبة الناجين من السكتة ممن أفادوا عن تلقيهم إعادة التأهيل خارج المستشفى بعد إصابتهم بالسكتة موبين بحسب بعض الخصائص المختارة - نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي في عام 2005 في 21 ولاية ومقاطعة كولومبيا

الخصائص	حجم العينة	العدد	النسبة (%)	مجال الثقة 95%
المجموع	4420	1297	(30,7)	(28,5-33,1)
العمر (سنة)				
18-64 [§]	1859	552	(30,3)	(26,9-34,0)
65-79	1795	509	(30,4)	(26,8-34,2)
≥80	766	236	(33,0)	(27,9-38,7)
الجنس				
رجال	1605	538	(33,8)	(29,9-37,7)
نساء [§]	2815	759	(28,1)	(25,3-30,8)
العرق/الاثنية				
أبيض، غير إسباني [§]	3374	932	(28,7)	(26,2-31,3)
أسود، غير إسباني	552	201	(37,5)	(31,2-43,8)
إسباني وغيرهم	414	132	(30,4)	(21,6-39,2)
الحالة الاجتماعية ^{††}				
متزوج	1890	546	(30,4)	(27,1-33,6)
غير متزوج [§]	2521	750	(31,3)	(27,9-34,7)
مستوى التعليم				
أقل من الثانوية [§]	1082	277	(29,4)	(24,3-34,5)
الثانوية	1609	437	(29,9)	(26,1-33,7)
بضعة سنوات في الكلية	990	320	(32,0)	(27,1-36,9)
الكلية أو أعلى	739	260	(33,1)	(27,8-38,4)
الحالة الوظيفية				
موظف [§]	1045	230	(24,7)	(19,7-29,7)
غير موظف	1254	421	(34,3)	(29,6-39,0)
متقاعد	2117	646	(32,2)	(28,0-36,5)
الدخل السنوي (\$) [§]				
<15 000	1183	351	(29,0)	(24,2-33,7)
15 000-24 999	1006	274	(33,0)	(28,0-38,1)
25 000-49 999	883	288	(35,1)	(29,8-40,4)
≥50 000	249	75	(26,1)	(20,8-31,5)
تغطية التأمين				
نعم	4011	1186	(30,3)	(27,9-32,8)
لا [§]	398	107	(33,3)	(24,5-42,2)
المنطقة الحضرية الإحصائية				
مدينة مركزية في منطقة حضرية إحصائية [§]	1218	399	(34,4)	(30,0-38,8)
منطقة حضرية إحصائية	1379	408	(29,8)	(26,0-33,7)
ليس ضمن منطقة حضرية إحصائية	1823	490	(27,4)	(24,0-30,8)

ألباما، أركنساس، كونيتيكت، جورجيا، كانساس، كنتاكي، لويزيانا، ماين، ميسيسبي، مونتانا، نبراسكا، نيوجرسي، نيويورك، داكوتا الشمالية، أوهيو، أوكلاهوما، كارولينا الجنوبية، يوتا، فيرجينيا، وفيرجينيا الغربية.

ألف تم توزيع النسب المئوية بحسب تقديرات عدد السكان في كل ولاية؛ كما أن النسب المئوية المبنية معادلة بحسب العمر باستثناء تلك الخاصة بالمجموعات العمرية.

§ مجال الثقة (confidence interval).
 § المجموعة المرجعية في تحليل التحرف اللوجستي.
 †† مستوى الدلالة p < 0,05 بناءً على التحرف اللوجستي المعدل بحسب العمر لمقارنة الانتشار مع المجموعة المرجعية.

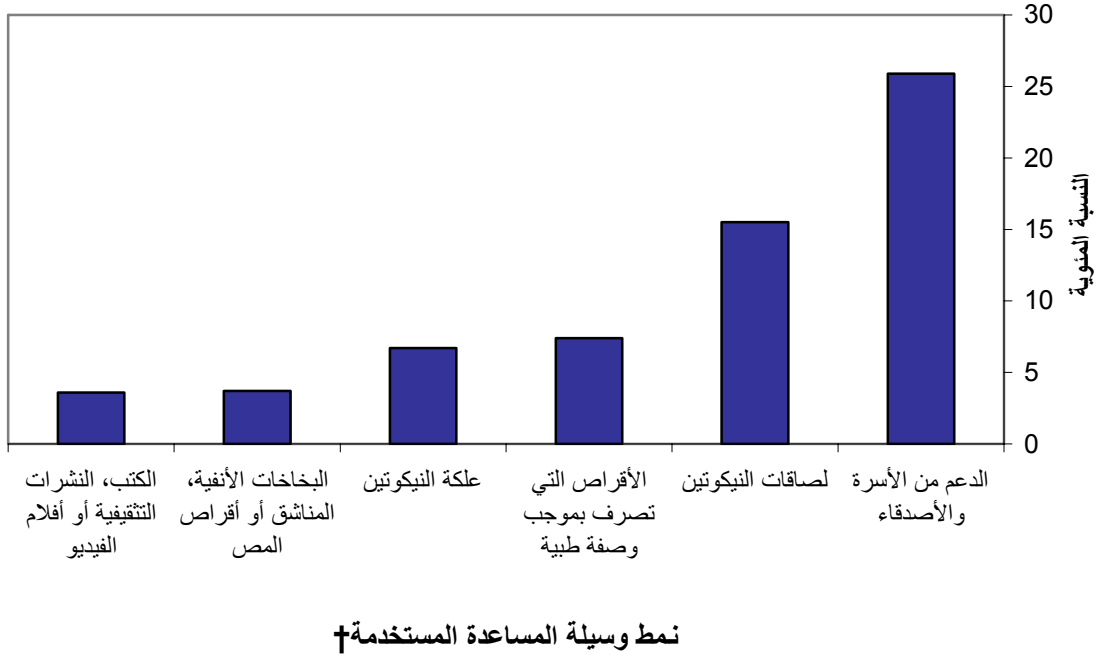
†† إن نظام ترصد عامل الخطورة السلوكي يحتوي على ستة فئات للحالة الاجتماعية: (1) متزوج، (2) مطلق، (3) أرمل، (4) منفصل، (5) لم يسبق له الزواج أبداً و (6) فرد من شفع غير مرتبط برابط الزوجية. في هذا التقرير اعتبر الأفراد طرفي الشفع الغير مرتبط برابط الزوجية من ضمن فئة المتزوج (عددهم n = 45؛ وشكلوا 1,0% من العينة).

†† شملت فئة الموظفين على 11 طالباً (شكلوا 0,25% من العينة).

- Americans: The Medicare experience. *Medical care* 1996;34:81–25.
6. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36:e100–43.
 7. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke* 2003;34:801–5.
 8. Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Soz Praventivmed* 2001;46(suppl 1):S3–42.
 9. Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care—Recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke* 2005;36:690–703.
 10. Tsouna-Hadjis E, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke recovery process: the role of family social support. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:881–7.
1. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. Heart disease and stroke statistics—2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2007;115:e69–e171.
 2. Rosenberg CH, Popelka GM. Post-stroke rehabilitation. A review of the guidelines for patient management. *Geriatrics* 2000;55:75–81.
 3. Ryan T, Enderby P, Rigby AS. A randomized controlled trial to evaluate intensity of community-based rehabilitation provision following stroke or hip fracture in old age. *Clin Rehabil* 2006;20:123–31.
 4. Heart and Stroke Foundation of Ontario. Stroke rehabilitation consensus panel report; 2000. Available at <http://209.5.25.171/Page.Asp?PageID=122&ContentID=432>.
 5. Lee JA, Huber J, Stason WB. Poststroke rehabilitation in older

QuickStats

من المركز الوطني للإحصائيات الصحية
وسائل المساعدة المستخدمة للإقلاع عن التدخين من قبل البالغين بعمر ≥ 18
سنة* خلال السنتين الماضيتين، بحسب نمط الوسيلة - المسح الوطني للصحة
المعتمد على المقابلة، الولايات المتحدة، 2005



*البيانات المستخدمة مبنية على مقابلات مع الأسر من عينة من السكان المدنيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية مؤسسية.

أُتيح للمشاركين إمكانية اختيار أكثر من نمط من الوسائل المساعدة المستخدمة في الإقلاع عن التدخين أو أن يقرروا بأنهم لا يستخدمون أي نمط من الأنماط المذكورة في المسح.

بالرغم من توافر الكثير من أنماط وسائل المساعدة في الإقلاع عن التدخين، فإن الدعم من الأسرة والأصدقاء (25,9%) ولصاقات النيكوتين (15,5%) كانتا أكثر الأنماط استخداماً في سنة 2005. أما الأنماط الأخرى التي استخدمت بشكل أقل فكانت الأقراص التي تصرف بموجب وصفة طبية (7,4%)؛ علكة النيكوتين (6,7%)؛ البخاخات الأنفية، المناشق، أو أقراص المص (3,7%)؛ والكتب، النشرات التثقيفية أو أفلام الفيديو (3,6%).

المصدر: المسح الوطني للصحة المعتمد على المقابلة، 2005. وهو متاح على شبكة الإنترنت من خلال الرابط <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>