



بررسی تأثیر مداخلات کلینیک ترک دخانیات امام شهر یزد بر روی مراجعه کنندگان به این کلینیک

نویسندگان: امیر حسین امینیان* دکتر محمود نوری شادکام** دکتر محمد رضا

قوه*** عباسعلی دهقانی*** اقدس قمی زاده**** دکتر محمد حسن لطفی**

* کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

** استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

*** پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

**** کارشناس ارشد حشره شناسی پزشکی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

***** کارشناس ارشد مطالعات خانواده و مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

** استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چکیده

سیگار از علل اصلی بیماریهای قلبی - عروقی، تنفسی و انواع سرطانها و شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است. بنابراین ضروری است که برنامه ریزی کلانی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد به سیگار انجام شود. در همین راستا در ایران علاوه بر برنامه های آموزشی، برنامه های درمانی نیز در قالب کلینیکهای ترک دخانیات به مرحله اجرا در آمده است. این پژوهش به منظور بررسی میزان تاثیر گذاری کلینیک ترک دخانیات امام شهر بر روی مراجعه کنندگان به این کلینیک طراحی شده است.

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی و بصورت مقطعی صورت گرفته و به منظور بررسی تاثیر مداخلات کلینیک ترک دخانیات امام شهر یزد، از مجموع مراجعه کنندگان به کلینیک در سال ۸۳ و ۸۴ افرادی که حداقل شش ماه از تاریخ ترک آنها گذشته بود به صورت سرشماری به عنوان نمونه انتخاب شدند (n=۱۵۶) از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۶۶ سوال که اعتبار آن توسط سه نفر از متخصصین روانشناسی و روانپزشکی مورد تأیید قرار گرفته بود و روایی آن از طریق آزمون - آزمون مجدد به فاصله دو هفته (I=۰/۷۷۵) بدست آمده بود، استفاده شد. تکمیل پرسشنامه بصورت فردی و توسط پرسشگر درمورد افراد نمونه اجرا گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از ثبت در کامپیوتر، بوسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج بدست آمده نشان داد که ۳۷ نفر (۲۳/۷ درصد) از مراجعین در زمان انجام تحقیق در ترک کامل بودند که از این تعداد ۱۱ نفر (۲۹/۷ درصد) از افراد موفق، بعد از مراجعه به کلینیک، سیگار کشیدن را شروع و مجدداً در گروه های خودیاری به ترک سیگار اقدام نمودند، به عبارتی ۱۶/۶۶ درصد مراجعین بعد از دریافت خدمات و مداخلات کلینیک بطور کامل در ترک بودند. از دیگر نتایج پژوهش این بود که افراد موفق در ترک در مقایسه با افراد ناموفق وابستگی کمتر به نیکوتین داشته و بعد از ترک کمتر دچار عوارض ترک بوده و بیشتر توصیه های رفتاری را مورد استفاده قرار داده و بیشتر مبتلا به بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن (بیماریهای قلبی، عروقی و ریوی) بودند.

با توجه به اینکه اکثر مراجعین (۷۵/۶ درصد) بین یک تا دو جلسه به کلینیک مراجعه کرده بودند و اکثر آنها (۸۷/۸ درصد) در دوره های مشاوره ترک شرکت نکرده بودند و نظر به اینکه مداخلات بیشتر منجر به افزایش میزان ترک می گردد لذا نظارت و پیگیری مستمر و مداخلات بیشتر و موثر تر مراجعین، بررسی دقیق تر وضعیت روانشناختی آنان. همچنین اضافه نمودن برنامه های مهارت های زندگی به مجموعه فعالیتهای کلینیک های ترک دخانیات برای افزایش میزان ترک پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی

کلینیک ترک دخانیات، سیگار، افراد موفق و ناموفق در ترک

طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال ششم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۸۶

شماره مسلسل: ۲۲-۲۱



مقدمه

سیگار از علل اصلی بیماریهای قلبی- عروقی، تنفسی و انواع سرطانها و شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است.

طبق گزارش معاون سلامت وزارت بهداشت در اردیبهشت ۸۵ سالانه حدود ۵۵ میلیارد نخ سیگار با هزینه بالغ بر یکهزار میلیارد تومان در کشور مصرف می شود و هزینه های درمانی بیماریهای مرتبط با مصرف سیگار نیز سالانه بین ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ میلیارد تومان یعنی ۳ تا ۴ برابر هزینه سیگار دود شده و حدود ۲۰ درصد مجموع هزینه های درمانی کشور را به خود اختصاص می دهد. همچنین گزارش شده است که بیش از ۳۰ درصد آتش سوزیهای هتل ها و آپارتمان ها و ۱۷ درصد آتش سوزیهای منازل بر اثر سیگار بوده است (۱ و ۲). در ضمن مصرف سیگار در هر کشوری علاوه بر به هدر دادن منابع اقتصادی و هزینه های بالای درمان بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات، باعث می شود نیروی فعال و ماهر کشور در زمینه های مختلف ۱۵ تا ۲۳ سال زودتر از دست برود.

۲۶ میلیون نفر از جمعیت کشور ما زیر ۱۵ سال است که این جمعیت می تواند بازار ایده آلی برای محصولات دخانیات باشد و لذا موضوع باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد (۲) و ضروری است که برنامه ریزی کلانی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد به سیگار انجام شود.

در همین راستا در ایران علاوه بر برنامه های آموزشی، برنامه های درمانی نیز در قالب کلینیکهای ترک دخانیات به مرحله اجرا در آمده است. در پی تشکیل کمیته کشوری مبارزه با استعمال دخانیات در سال ۱۳۷۳ و اعلام مصوبه هیات دولت در ۷/۸/۷۲ مبنی بر ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی، در سال ۱۳۷۷ با همکاری معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی و شهرداری تهران اولین کلینیک ترک دخانیات در تهران شروع به فعالیت کرد و با توجه

به نتایج مطلوب آن، برنامه اجرایی راه اندازی مراکز مشاوره ترک دخانیات در سیستم مراقبتهای اولیه (نظام PHC) مطرح و بر اساس تصمیمات متخذه در کمیته کشوری مبارزه با استعمال دخانیات، دفتر سلامت محیط کار در سال ۱۳۸۰ در ۱۴ مرکز بهداشتی، درمانی دانشگاههای علوم پزشکی کشور به مرحله اجرا گذاشته شد که در سال ۱۳۸۲ به ۴۰ مرکز بهداشتی درمانی گسترش یافت (۱).

در همین راستا در سال ۱۳۸۲ اولین کلینیک ترک دخانیات در شهر یزد راه اندازی شد که هم اکنون به عنوان یک کلینیک فعال به کار خود ادامه می دهد. شیوه های ترک در این کلینیک مشاوره شامل: استفاده از جایگزین نیکوتین، توصیه های رفتاری و دوره های مشاوره ترک است که طی ۶ جلسه ۱/۵ ساعته برگزار می گردد.

در طی سه جلسه اول بعد از ثبت نام و تکمیل پرسشنامه ها حاوی سوالات: انگیزه ترک، محرک های استعمال دخانیات، وابستگی به نیکوتین، وضعیت جسمی، روانی مراجع و همچنین آموزش های مربوط به دود سیگار و نیکوتین، بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن، سندرم ترک سیگار و تکنیک های رفتاری برای مقابله با هوس سیگار انجام می شود و به مراجعینی که وابستگی شدید به نیکوتین دارند و نیاز به استفاده از جایگزین نیکوتین دارند، آدامس نیکوتین تجویز می شود و در ۳ جلسه بعد که بصورت گروهی انجام می شود افراد راجع به تجربیات، مشکلات و راه حل های آن در گروه صحبت می کنند و در پایان جلسه توسط پزشک مشاور جمع بندی می شود (۲ و ۳). این پژوهش به منظور بررسی میزان تاثیر گذاری کلینیک ترک دخانیات امام شهر بر روی مراجعه کنندگان به این کلینیک طراحی شده است تا از این طریق با شناسایی نقاط قوت و ضعف این کلینیکها و همچنین میزان تاثیر گذاری مداخلات این کلینیکها، بتوان برنامه ریزیهای موثرتری در جهت ارتقاء و توسعه کیفی و کمی این کلینیک ها انجام داد.



روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی است که در آن کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ترک دخانیات (امام شهر) شهر یزد در سال ۸۳ و ۸۴ که در زمان انجام پژوهش ۶ ماه از تاریخ شروع ترک آنها گذشته و مداخلات (آموزش روش ترک و مشاوره ترک) بر روی آنها صورت گرفته بود به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند که به روش سرشماری ($n=186$) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. از این تعداد ۳۰ نفر (۳ نفر به دلیل فوت، ۱۰ نفر به دلیل تغییر آدرس، ۱۲ نفر به دلیل اشتباه بودن آدرس و ۵ نفر به دلیل عدم همکاری) از جامعه آماری حذف و پرسشنامه برای بقیه آنها ($n=156$) تکمیل گردید.

برای تکمیل پرسشنامه ابتدا لیست اسامی مراجعین که به عنوان نمونه انتخاب شده بودند در یافت شد، سپس پرونده مراجعین مذکور از کلینیک اخذ و کلیه اطلاعات پایه ای شامل (مشخصات فردی - زمان و علت شروع سیگار - علل سیگار کشیدن، وابستگی به نیکوتین) از پرونده مراجعین استخراج گردید.

در مرحله بعد پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط سه نفر از متخصصین روانشناسی و روانپزشکی مورد تأیید قرار گرفته بود و پایایی آن از طریق آزمون - آزمون مجدد به فاصله دو هفته بر روی ۳۰ نفر ($I=.775$) بدست آمده بود بر روی گروه نمونه اجرا گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از ثبت در کامپیوتر با استفاده از نرم افزار آماری Spss و بکار گیری تست های آماری کای اسکوار و استیوونت و T. Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج پژوهش نشان داد که از مجموع ۱۵۶ نفر مراجعه کننده به کلینیک ۹۸/۷ درصد مرد بوده و از نظر سن ۳۷/۲ درصد ۴۱ سال به بالا، ۳۰/۱ درصد ۳۰-۳۰ ساله، ۲۹/۵ درصد ۴۰-۳۱ ساله و ۳/۲ درصد

کمتر از ۲۰ سال داشتند. ۳۷ نفر از مراجعین (۲۳/۷ درصد) در ترک کامل بودند و مابقی مجدداً سیگار کشیدن را شروع کرده بودند. لازم به ذکر است تعداد ۱۱ نفر از افرادی که در ترک کامل بودند هر چند در ابتدا برای ترک به کلینیک مراجعه کرده بودند ولی ترک کامل آنها اغلب در گرو ههای خودیاری (NA) صورت گرفته است. از نظر نحوه شروع سیگار کشیدن: ۵۹/۷ درصد مراجعین اظهار داشتند که تصمیم داشتم فقط یک سیگار بکشم که به تدریج زیاد شد. ۲۵/۵ درصد تصمیم داشتند روزی یکی، دو نخ بکشند که به تدریج افزایش یافت و ۱۴/۸ درصد به یکباره از تعداد زیاد شروع کردند (جدول شماره ۱).

در پاسخ به سوال مهمترین عوامل موثر در شروع مجدد سیگار، بیشترین دلیل آنرا تحت فشار بودن و برای آرامش اعصاب عنوان کردند (۶۶/۴٪) و کمترین علت (۵/۹٪) داشتن تمرکز در کار عنوان شد (جدول شماره ۲). همچنین یافته ها حاکی از آن بود که روش ترک ۶۵/۴ درصد مراجعین بصورت تدریجی و ۳۶/۶ درصد به صورت ترک یکباره بوده است. اکثر مراجعین به کلینیک (۷۵/۶ درصد) بین یک تا دو جلسه، ۲۴/۴ درصد سه جلسه و بیشتر به کلینیک مراجعه کردند و اکثریت مراجعین (۸۷/۸ درصد) گزارش کردند که در دوره آموزشی گروهی کلینیک شرکت نکردند. مهمترین علت شرکت نکردن در جلسات پیش بینی شده را به ترتیب: ۴۱ درصد مناسب نبودن زمان برگزاری جلسات، ۳۴/۶ درصد مناسب نبودن شرایط خود برای ترک، ۱۱/۵ درصد جالب نبودن روشهای ترک در کلینیک عنوان کردند. اکثریت مراجعین (۷۶/۹٪) نحوه برخورد پزشک را بسیار خوب و ۲۲/۵٪ نسبتاً خوب ارزیابی کردند.

از نظر مراجعین به کلینیک به ترتیب ۷۶/۹٪ صحبت‌های پزشک درباره بیماریهای مرتبط با سیگار، ۴۶/۳ درصد نمایش فیلم در زمینه بیماریهای مرتبط با سیگار و ۲۵ درصد، آدامس نیکوتین را بعنوان عوامل موثر در ترک عنوان نمودند.



جدول شماره ۱: بررسی توزیع فراوانی مشخصات جامعه مورد بررسی

وضعیت شما در حال حاضر	فراوانی	درصد
در ترک کامل هستم	۳۷	۲۳/۷
اصلاً ترک نکرده ام	۸	۳/۱
شروع کردم و کمی کمتر از گذشته می کشم	۵۵	۳۵/۳
به اندازه گذشته می کشم	۳۶	۲۳/۱
بیشتر از گذشته می کشم	۲۰	۱۲/۸
جمع	۱۵۶	۱۰۰
چه مدت در ترک کامل هستید (در گروه موفق در ترک)	فراوانی	درصد
۱ تا ۳ ماه	۵	۱۳/۵
۳ تا ۶ ماه	۶	۱۶/۲
۶ تا ۹ ماه	۵	۱۳/۵
۹ تا ۱۲ ماه	۴	۱۰/۸
۱۲ تا ۱۵ ماه	۴	۱۰/۸
۱۵ ماه و بیشتر	۱۳	۳۵/۴
جمع کل	۳۷	۱۰۰
چه مدت در ترک کامل بودید (در گروه ناموفق در ترک)	فراوانی	درصد
کمتر از ۳۰ روز	۷۶	۶۳/۹
۳۰-۹۰ روز	۲۸	۲۳/۵
۹۱-۱۲۰ روز	۵	۴/۲
بیشتر از ۱۲۰ روز	۱۰	۸/۴
جمع	۱۱۹	۱۰۰
سیگار کشیدن مجدد را چگونه شروع کردید	فراوانی	درصد
تصمیم داشتم که فقط یکی بکشم و دیگر نکشم ولی ...	۷۱	۵۹/۷
تصمیم داشتم روزی یکی دو نخ بکشم که به تدریج افزایش یافت	۲۳	۲۵/۵
به یکباره از تعداد زیاد شروع کردم	۱۸	۱۴/۸
جمع	۱۱۹	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی عوامل موثر در شروع مجدد سیگار کشیدن در جامعه مورد بررسی

جمع کل	کدام عوامل در شروع مجدد سیگار شما مؤثر بوده است			
	خیر	بلی	تعداد	درصد
۱۱۹	تحت فشار بودم و برای آرامش اعصاب به سیگار احتیاج داشتم	۷۹	۶۶/۴	۳۳/۶
	میل شدید به سیگار و وسوسه درونی	۶۸	۵۷/۱	۴۲/۹
	مشکلات و فشار کار و زندگی	۶۶	۵۵/۵	۴۴/۵
	واقعاً دلم می خواست ترک کنم ولی نتوانستم	۵۵	۴۶/۲	۵۳/۸
	عصبانی بودم و برای رهایی از تنش و آرام ساختن خود به سیگار احتیاج داشتم	۵۳	۴۴/۵	۵۵/۵
	بودن در بین افراد سیگاری	۲۳	۱۹/۳	۸۰/۷
	زندگی پراسترسی داشتم و زمان مناسبی برای ترک نبود	۲۰	۱۶/۸	۸۳/۲
	بیکاری یا نبودن در آمد کافی	۱۸	۱۵/۱	۸۴/۹
	برای اینکه بتوانم با تمرکز بیشتری کار کنم به سیگار احتیاج داشتم	۷	۵/۹	۹۴/۱



با افراد سیگاری، مواجه شدن با مشکلات کاری، موقع استرس، بعد از صرف غذا یا نوشیدن چای و اوقات بیکاری بین این دو گروه تفاوت معنی دار بدست نیامد اما از نظر مواجه شدن با مشکلات زندگی بین این دو گروه تفاوت معنی دار وجود داشت ($P = 0/001$) و افراد ناموفق مواجهه شدن با مشکلات زندگی را به عنوان یک عامل مهم و سوسه انگیز سیگار کشیدن خود عنوان کردند. نتایج بدست آمده از مقایسه حالت‌های ناراحتی بعد از ترک در دو گروه موفق و ناموفق در ترک نشان می‌دهد از نظر میل شدید به سیگار کشیدن ($p = 0/001$) و بی‌حوصلگی و غمگینی ($p = 0/001$) بین این دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد و افراد موفق در ترک کمتر از این حالت‌ها احساس ناراحتی می‌کردند اما از نظر اضطراب، اشکال در تمرکز، سردرد، عصبانیت، بی‌قراری، مشکلات خواب و احساس ناکامی بین دو گروه تفاوت معنی داری بدست نیامد.

از نظر تاثیر توصیه رفتاری شامل ۴D و ۴R بین دو گروه موفق و ناموفق تفاوت معنی دار بدست آمد ($P = 0/001$) و افراد موفق این روشها را در ترک خود موثر دانسته و بیشتر در زندگی بعد از ترک از آنها استفاده کرده بودند. هر دو گروه روش ۴D را موثرتر از روش ۴R ارزیابی کردند (جدول شماره ۳).

از نظر تاثیر صحبت‌های اولیه پزشک، فیلم‌های آموزشی و بیماری‌های مرتبط با سیگار کشیدن و آدامس نیکوتین بین گروه موفق و ناموفق تفاوت معنی دار بدست نیامد. افراد موفق در ترک در مقایسه با افراد ناموفق کمتر دچار عوارض ترک شامل: اضطراب، اشکال در تمرکز، بد خلقی و عصبانیت، احساس تحت فشار بودن و بی‌قراری بودند اما این تفاوت معنی دار نبود.

همچنین نتایج نشان داد که از نظر تعداد جلسات مراجعه به کلینیک بین دو گروه موفق و ناموفق تفاوت معنی دار وجود ندارد. بین دو گروه موفق و ناموفق در ترک از نظر میزان وابستگی به نیکوتین تفاوت معنی دار بدست آمده و گروه موفق در مقایسه با گروه ناموفق

۱۰/۹ درصد تأثیر آدامس نیکوتین را در ترک خود خیلی زیاد، ۳۰/۸ در صد تا حدودی و ۳۷/۸ در صد خیلی کم عنوان کردند. از نظر توصیه های رفتاری (روشهای ۴D و ۴R) روش ۴D [شامل روشهای: تاخیر (Delay)، نفس عمیق (Deep Breathing)، انحراف (Distract) و نوشیدن آب (Drim King Water)] را موثرتر از روش ۴R [شامل روشهای: یادآوری (Remind)، برد کردن (Refaje)، پاداش (Reward) و تک تک شرح دادن (Rehearse)] دانستند و توانستند در زندگی بعد از ترک از آن استفاده کنند. مهمترین حالت های وسوسه انگیز برای کشیدن سیگار بعد از ترک از نظر مراجعین به ترتیب فراوانی مربوط به عصبانیت و تحریک پذیری (۶۴/۱ درصد)، میل شدید به سیگار و وسوسه درونی (۴۲/۹ درصد)، بی‌حوصلگی و غمگینی (۳۸/۵ درصد)، احساس ناکامی مثل اینکه گمشده ای داشته ام (۳۳/۳ درصد)، اضطراب و نگرانی (۲۶/۲)، بی‌قراری (۱۹/۲) بوده است و مهمترین موقعیتهای تحریک کننده به ترتیب فراوانی بعد از صرف غذا و نوشیدن چای (۵۷/۷ درصد)، مواجه شدن با مشکلات زندگی (۴۹/۴ درصد) و بودن با افراد سیگاری (۳۲/۷ درصد) عنوان شده است. اکثر مراجعین موفق در ترک اظهار داشتند که بعد از ترک انرژی بیشتر (۷۵/۷ درصد)، تنفس راحت تر (۷۵/۷)، روابط خانوادگی بهتر (۶۴/۷ درصد) و احساس رضایت بیشتر از خود (۶۲/۲ درصد) داشته اند. ۹۴/۶ درصد افراد موفق در ترک، خود را کاملاً امیدوار به ادامه ترک دانسته و مهمترین دلیل ترک خود را به ترتیب فراوانی به خاطر سلامتی خود (۵۴/۱ درصد) به خاطر سلامتی خانواده (۱۶/۲ درصد) خستگی از سیگار (۱۰/۸ درصد) عنوان نمودند. مقایسه دو گروه موفق و ناموفق در ترک نشان می‌دهد که بین این دو گروه از نظر سن، سن شروع سیگار کشیدن، مدت زمان مصرف سیگار، تعداد نخ سیگار مصرفی، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوت معنی دار وجود ندارد. همچنین از نظر موقعیت های وسوسه انگیز مثل بودن



تفاوت های معنی دار بدست آمد ($P=0/037$) و افراد موفق در ترک بیشتر مبتلا به بیماریهای مرتبط با کشیدن سیگار بودند.

وابستگی کمتری به نیکوتین داشتند. همچنین از نظر داشتن بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن (بیماریهای قلبی و عروقی و بیماریهای ریوی) بین این دو گروه

جدول شماره ۳: مقایسه دو گروه موفق و ناموفق از نظر روشهای توصیه رفتاری

p.value	جمع کل		کم		متوسط		زیاد		تأثیر ۴D
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=0/01	۱۰۰	۲۹	۱۷/۲	۵	۴۴/۸	۱۳	۳۷/۹	۱۱	موفق در ترک
	۱۰۰	۸۰	۴۶/۳	۳۷	۳۵	۲۸	۱۸/۸	۱۵	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۰۹	۳۸/۵	۴۲	۳۷/۶	۴۱	۲۳/۹	۲۶	جمع کل
p.value	جمع کل		کم		متوسط		زیاد		تأثیر ۴R
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=0/001	۱۰۰	۳۰	۳۰	۹	۵۶/۷	۱۷	۱۳/۳	۴	موفق در ترک
	۱۰۰	۷۶	۶۹/۷	۵۳	۲۳/۷	۱۸	۶/۶	۵	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۰۶	۶۲	۶۲	۳۳	۳۵	۸/۵	۹	جمع کل
p.value	جمع کل		هیچکدام		۴R		۴D		کدام شیوه مؤثرتر است
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=0/001	۱۰۰	۳۷	۲۴/۲	۹	۱۳/۵	۵	۶۲/۲	۲۳	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۸	۵۵/۹	۶۶	۱/۷	۲	۴۲/۴	۵۰	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۵	۴۸/۴	۷۵	۴/۵	۷	۴۷/۱	۷۳	جمع کل
p.value	جمع کل		هیچکدام		۴R		۴D		کدام شیوه در زندگی عادی مؤثرتر بوده
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=0/001	۱۰۰	۳۷	۴۸/۶	۱۸	۵/۴	۲	۴۵/۹	۱۷	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۸	۷۷/۱	۹۱	۰	۰	۲۲/۹	۲۷	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۵	۷۰/۳	۱۰۹	۱/۳	۲	۲۸/۴	۴۴	جمع کل



جدول شماره ۴: مقایسه دو گروه موفق و ناموفق از نظر، تأثیر مصرف آدامس نیکوتین، تعداد جلسات مراجعه به کلینیک، داشتن بیماریهای مرتبط با سیگار و میزان وابستگی به نیکوتین

p.value	جمع کل		اصلاً مصرف نکردم		خیلی کم		تا حدودی		خیلی زیاد		تأثیر آدامس نیکوتین گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=۰/۰۹	۱۰۰	۳۲	۱۸/۸	۶	۴۳/۸	۱۴	۱۸/۸	۶	۱۸/۸	۶	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۰۸	۹/۳	۱۰	۴۱/۷	۴۵	۳۸/۹	۴۲	۱۰/۲	۱۱	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۴۰	۱۱/۴	۱۶	۴۲/۱	۵۹	۳۴/۳	۴۸	۱۲/۱	۱۷	جمع کل

p.value	جمع کل		سه جلسه و بیشتر		دو جلسه		یک جلسه		تعداد جلسات گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=۰/۲۵	۱۰۰	۳۷	۳۲/۵	۱۲	۲۷	۱۰	۴۰/۵	۱۵	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۹	۲۱/۹	۲۶	۲۹/۴	۳۵	۴۸/۷	۵۸	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۶	۲۴/۴	۳۸	۲۸/۸	۴۵	۴۶/۸	۷۳	جمع کل

P .value	جمع کل		بلی		خیر		داشتن بیماری مرتبط با سیگار گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۰۳۷	۱۰۰	۳۷	۴۰/۵	۱۵	۵۹/۵	۲۲	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۹	۲۳/۵	۲۸	۷۶/۵	۹۱	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۶	۲۷/۶	۴۳	۷۲/۴	۱۱۳	جمع کل



p.value	جمع کل		وابستگی زیاد		وابستگی متوسط		وابستگی کم		وابستگی به نیکوتین گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p = ۰/۰۳	۱۰۰	۳۷	۶۲/۲	۲۳	۱۶/۲	۶	۲۱/۶	۸	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۹	۶۹/۸	۸۳	۲۳/۵	۲۸	۶/۷	۸	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۶	۶۷/۹	۱۰۶	۲۱/۸	۳۴	۱۰/۳	۱۶	جمع کل

بحث

اگر چه تا به حال بیشتر تحقیقات مربوط به سیگار کشیدن روی چگونگی تأثیر سیگار بر روی سلامتی و بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن نظیر بیماریهای ریوی و تنفسی و انواع سرطانها و بیماریهای قلبی - عروقی متمرکز بوده است. اما در چند دهه اخیر پژوهشگران توجه ویژه ای بر روی روشهای ترک سیگار نموده اند (۳). در پژوهش حاضر ۲۳/۷ درصد از مراجعین در ترک کامل بودند و مابقی مجدداً سیگار کشیدن را شروع کرده بودند.

پژوهشهای انجام شده طی سالهای ۱۹۸۰-۱۹۷۰ نیز نشان می دهد که اقلیت کوچکی از افراد سیگاری به ترک این عادت اقدام می کنند و کمتر از ۲۰ درصد آنان موفق به ترک می شوند (۴).

نتایج مجموعه تحقیقات انجام شده نشان می دهد که داروهای ترک سیگار، نظیر آدامس های نیکوتین موفقیت زیادی کسب نکرده اند و دوره پیگیری اکثراً به عود مجدد انجامیده است (۵). همچنین نتایج برنامه های رفتار درمانی یا تغییر رفتار که هدفشان ترک سیگار بوده است نتایج متفاوتی بدست داده است.

داده های مربوط به هشت پژوهش رفتاری نشان می دهد که همه افراد سیگاری در پایان دوره درمان ۶۰ تا ۷۰ درصد در مقدار مصرف سیگار کاهش نشان داده ولی این پیشرفت در یک دوره پی گیری ۶ ماهه تا ۲۵ درصد کاهش یافته و ترک موفق ۱۷ درصد بوده است (۶).

همچنین مطالعه دیگری با تحلیل دقیق ۸۷ مطالعه درمانی مختلف گزارش می کند که بیش از دو سوم همه سیگاریها که در ترک سیگار موفق شدند بعد از سه ماه عادت را از سر گرفته اند و کمتر از یک چهارم آنها که یک برنامه درمانی کامل را طی کرده اند مدتی طولانی مصرف سیگار را کنار گذاشتند (۷ و ۴). نتیجه این پژوهش نشان می دهد که در صد افرادی که در مطالعه حاضر موفق به ترک کامل شده اند در کل بیش از مطالعاتی است که در نقاط دیگر جهان صورت گرفته است.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر مراجعین (۷۵/۶ درصد) بین ۱ تا ۲ جلسه به کلینیک مراجعه نموده و بعد از مراجعه به کلینیک پیگیری جهت مراجعه آنان صورت نگرفته است، همچنین اکثر مراجعه کنندگان (۸۷/۸ درصد) گزارش کرده اند که در دوره مشاوره ترک شرکت نکرده اند.

نتایج بررسی پژوهشهای متعدد در زمینه ترک دخانیات میزان ترک مراجعین را بین ۱۰-۵ درصد در اثر کمترین مداخله تا ۳۶-۳۰ درصد در اثر مداخلات موثرتر و بیشتر گزارش کرده اند. نتایج یکی از پژوهش ها که از شیوه های جایگزین نیکوتین، توصیه های رفتاری و دوره مشاوره استفاده شده بود حاکی از این بود که کسانی که بطور کامل در دوره مشاوره ترک شرکت کرده بودند، ۵۰ درصد بیشتر از کسانی که در تمام دوره ها شرکت نکرده بودند اقدام به ترک کرده بودند. همچنین گزارش شده است که پیگیری، نظارت



از نظر غمگینی و بی حوصلگی به عنوان علت سیگار بین دو گروه موفق و ناموفق تفاوت معنی دار بدست آمد و حالت غمگینی در افراد ناموفق بیشتر به عنوان آغازگر رفتار سیگار کشیدن مطرح شده است. شاید بتوان گفت که یکی از دلایل عدم موفقیت گروه ناموفق وجود افسردگی در آنها بوده است بنابراین لازم است از وضعیت روانشناختی مراجعین بصورت دقیق تر بررسی و در صورت داشتن مشکلات روانشناختی، قبل از اقدام به ترک تحت درمان قرار گیرند (۱۴ و ۱۵).

بنابراین آموزش مهارتهایی نظیر توانایی مقابله با فشارهای روانی و اجتماعی، مهارت توانایی غلبه بر خلق منفی و افسردگی و افزایش خودباوری و اعتماد به نفس، تقویت مهارت قاطعیت یا توانایی نه گفتن، توانایی غلبه بر هیجانات منفی و عصبانیت می تواند همه در پیشگیری از شروع سیگار کشیدن و هم در افزایش میزان ترک موثر باشد (۱۶). این مهارت ها و توانایی ها که در دوره آموزشی مهارت های زندگی به افراد آموخته می شود، از برنامه های ضروری است که باید به مجموعه فعالیتهای کلینیک های ترک دخانیات اضافه کرد.

همچنین از نظر داشتن بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن بین این دو گروه تفاوت معنی دار بدست آمد و افراد موفق در ترک بیشتر مبتلا به بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن (بیماریهای قلبی، ریوی و ..) بودند (۴۰/۵ درصد در مقابل ۲۳/۵ درصد). بین افراد موفق و ناموفق از نظر سن، سن شروع سیگار کشیدن، مدت زمان مصرف سیگار، تعداد نخ سیگار مصرفی، سطح تحصیلات، تعداد مراجعات به کلینیک، شرکت در دوره های ترک و مصرف آدامس نیکوتین تفاوت معنی دار بدست نیامد.

بنابراین می توان مهمترین شاخص های ترک سیگار در مراجعین به کلینیک را داشتن بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن به عنوان انگیزه قوی درونی، استفاده از توصیه های رفتاری، وابستگی کمتر به نیکوتین و عوارض کمتر بعد از ترک عنوان کرد.

و مداخله بیشتر مشاورین باعث افزایش میزان ترک شده وبا افزایش میزان مداخله می توان میزان ترک را ۲ تا ۳ برابر افزایش داد. لازم به ذکر است که نمی توان تنها عامل عدم موفقیت مراجعین را به شرکت نکردن آنها در دوره های آموزشی نسبت داد چرا که اکثر افراد موفق در ترک نیز در تمام جلسات پیش بینی شده و دوره های مشاوره ترک شرکت نکرده بودند (۹ و ۸).

نتایج دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که بین دو گروه موفق و ناموفق از نظر میزان وابستگی به نیکوتین تفاوت معنی دار وجود دارد و گروه موفق در ترک وابستگی کمتری به نیکوتین داشتند. همچنین نتایج نشان داد که بین افراد موفق و ناموفق در ترک از نظر عوارض بعد از ترک نظیر اضطراب، بد خلقی و عصبانیت، احساس تحت فشار بودن، میل شدید به سیگار، بی حوصلگی و غمگینی تفاوت وجود دارد که از نظر میل شدید به سیگار و بی حوصلگی و غمگینی تفاوت قابل ملاحظه بود.

از آنجا که هیجانات منفی نظیر عصبانیت و تحریک پذیری، استرس و فشار روانی، اضطراب و نگرانی، بی حوصلگی و غمگینی از مهمترین حالت های روانی و عوارض بعد از کنار گذاشتن سیگار است و شایعترین عوامل آغاز گر و تحریک کننده سیگار کشیدن و به عبارتی چراغ سبزی برای روشن کردن سیگار هستند. اگر چه این حالت ها طی چند هفته کاهش می یابد اما برای کمک به مراجعین جهت طی کردن این دوران، ضروری است که به مراجعین مهارت و توانایی لازم جهت غلبه بر حالات فوق داده شود (۱۰ و ۱۱).

از آنجا که افرادی که تحت استرس زیادی هستند برای شروع مجدد سیگار مستعد ترند. و سیگاریهایی که بعد از ترک به سیگار روی می آورند اغلب گزارش می دهند که فشارها و مشکلات حاد در زندگی و محیط کار موجب بازگشت آنها به سیگار شده است (۱۳ و ۱۲).

همچنین با توجه به اینکه در افرادی که افسرده هستند بازگشت به میزان قابل توجهی بالا است و از آنجا که



نیاز مهم و اصلی آنها مدیریت استرس، مدیریت فکر و حل مسئله و مهارت‌هایی از این قبیل است (۱۸ و ۱۹). باید به آنها آموخت چگونه با استرس‌ها و فشارهای روانی مقابله کنند (مدیریت استرس) مسائل و مشکلات زندگی را چگونه حل و فصل کنند (مدیریت فکر) چگونه بر خلق منفی خود غلبه کنند و خلق و روحیه بهتری داشته باشند (مهارت غلبه بر خلق منفی). آری اینها مهارت‌هایی هستند که علاوه بر آموزش مضرات و آموزش بیماری‌های مرتبط با سیگار باید به آنها آموخت، اینها توانایی‌هایی هستند که در پیشگیری از شروع سیگار کشیدن، ایجاد انگیزه ترک و پیشگیری از عود تأثیر زیادی دارند و باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند (۱۶ و ۱۸).

پیشنهادات

- با توجه به اینکه ترک سیگار نسبتاً دشوار است و نظر به اینکه اغلب افراد سیگار کشیدن را از سن نوجوانی و جوانی شروع می‌کنند و این سنین، سنین پر خطر برای شروع سیگار کشیدن است ضروری است که بیشترین کوشش صرف پیشگیری از شروع سیگار کشیدن به ویژه برای گروه نوجوانان و جوانان قبل از ورود به دانشگاه و در سالهای نخست ورود به دانشگاه گردد و در صورتی که راهکارهای پیشگیری از شیوع آن در میان نوجوانان و جوانان در نظر گرفته نشود، باید نگران عواقب بدتر از این بالای خانمان سوز در میان نسل فردای جامعه باشیم.

- از آنجا که ضعف در مهارت‌های زندگی یکی از دلایل مهم شروع و ادامه سیگار کشیدن می‌باشد، آموزش مهارت‌های زندگی بویژه در دبیرستان‌ها، دانشگاه‌ها و سرپازخانه‌ها در بدو ورود جدی گرفته شود تا با ارتقاء ظرفیت روانشناختی و افزایش توانایی آنان در مقابله با فشارهای روانی و مواجه شدن با مشکلات و سختی‌های زندگی روزمره، در زمان روبرو شدن با موقعیتهای دشوار خود را ناتوان تصور نکرده و به سیگار و سایر مواد مخدر پناه نبرند و همچنین توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های زندگی به

نتیجه گیری

امروزه بیش از هر زمان دیگر افراد سیگاری تحت بمباران اطلاعات و اخبار مربوط به ضرر و زیان سیگار هستند همه دست اندرکاران امور پزشکی و سلامتی به مضرات سیگار اشاره می‌کنند تبلیغات وسیع ضد سیگار انجام می‌شود. روی هر پاکت سیگار نوشته شده: دخانیات عامل اصلی سرطان و برای سلامتی زیان آور است. اما علی‌رغم شواهد مشهود تعداد قابل توجهی از افراد جامعه سیگار می‌کشند، کشیدن سیگار در بین جوانان و نوجوانان در حال گسترش است. تعداد کمی از افراد سیگاری اقدام به ترک سیگار می‌کنند و بدتر از آن آمارها حاکی از آن است که ۷۰٪ کسانی که دچار سکت قلبی می‌شوند همچنان به سیگار کشیدن خود ادامه می‌دهند و تعداد قابل توجهی از افرادی که مبتلا به سرطان شده‌اند هنوز هم سیگار می‌کشند (۲ و ۱۷)، پس بر سر این اطلاعات چه می‌آید؟ چرا این اطلاعات تأثیر کمی بر افراد سیگاری می‌گذارد؟ چرا اطلاعات و آگاهی درباره آثار مخرب سیگار در افراد سیگاری به اندازه کافی ایجاد انگیزه نمی‌کند؟ یک علت مهم آن است که آنها این اطلاعات را غیر شخصی تلقی می‌کنند بسیاری از سیگاریها خطرهای سلامتی را آن قدر دور از زندگی واقعی خود تصور می‌کنند که برای آن اهمیت چندانی قائل نیستند.

علت دیگر آن است که بسیاری از افراد سیگاری به علت ضعف در خودآگاهی، خودباوری و اراده و کمبود مهارت‌های لازم خود را ناتوان در ترک می‌بینند. و به این فکرند که بعد از کنار گذاشتن سیگار با فشارهای روانی، مشکلات زندگی و ... چه کنند. شواهد نشان می‌دهد که ۸۰ درصد افراد سیگاری مایل به ترک سیگارند، که تعداد اندکی از آنها اقدام به ترک می‌کنند. بنابراین اغلب افراد سیگاری به چیزی فراتر از این اطلاعات نیاز دارند.



۴- saif AA, faiz M.in translation Behavior therapy application and outcome, Tehran: ferdous press Daniel oleary K, Terence Wilson G(editor) ۲۰۰۳; ۸۸-۹۴.

۵- Crofton J. Guidelines for teaching medical students about the health effects of tobacco: A checklist In: Richmond R, editor. Educating Medical Students about Tobacco :Planning and Impelmentation International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris ۱۹۹۷; ۵۴-۷۷.

۶- Shiffman S, Payy JA, Gnys M, Kassel JD, Elash C. Nicotine with drawal in chippers and regular smokers ;subjective and cognitive ۱۷-Wilson DE. Madns J, Kleinman J.c, Giovno G.A Byers T. smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort .New England journal of Medicine ۲۰۰۲; ۷۳۹-۷۴۵.

۷-Richmond, Educating medical Students about tobacco: teachers manual and students handouts. In Richmond R (ed), Educating Medical Students about Tobacco: Planning and Implementation International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris ۱۹۹۷; ۴۳-۴۷.

۸- ghasemzadeh A. intranslation cognitive behavior therapy for psychiatric problem. Hawton, Kceditor ۲۰۰۶; ۶۴-۶۹.

مجموعه فعالیتهای کلینیک های ترک دخانیات اضافه شود.

محدودیتها

پراکندگی مراجعین از نظر محل سکونت ، اشتباه بودن نشانی و تلفن ثبت شده در پرونده برخی از مراجعین، نبودن محل سکونت تعداد قابل توجهی از مراجعین در استان یزد، عدم اطلاع والدین بعضی از جوانان مراجعه کننده به کلینیک و انکار مراجعه به کلینیک وعدم همکاری مناسب آنها از مهمترین مشکلات و محدودیتهایی بود که در تکمیل پرسشنامه ما را با مشکلات فراوانی روبرو کرد.

سپاسگزاری

از آقایان : دکتر محمد نقی تقوایی - مهندس وحید جعفری، فضل ا.. کریمی و خانمها : پوران نائی، عزت مبین، مرضیه زارع و عارفه دهقانی تفتی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال سپاسگزاری و تشکر داریم.

References

۱- Ministry of Health, need information a bout control of tobacco ۲۰۰۳; ۱۲-۱۵.

۲-Rabin R.in translation educational guard line about education of medical student Masjedy M.R(editor) ۲۰۰۲; ۳۷-۴۳.

۳- Hacek Tf, Murray DM, Luepker R.V, Mittelmark M.B, Johns V.A, Shut z, I.M. Measurement of adolescent smoking behavior :Rationale and methods. journal of behavioral Medicne ۲۰۰۱; ۷: ۱۲۳-۱۴۰ .



- ۹- Saif A. change behavior and behavior thrapy in theory and methods. Dana press ۲۰۰۴; ۱۲۸-۱۳۷.
- ۱۰- Braheny MT, in translation text book of psychology hilgard Etkinson RA, Roshd press ۲۰۰۷; ۱۷۹-۱۸۷.
- ۱۱- Maron D I, Fortmann SP. Nicotine yield and measures of cigarette smoke exposure in a large population: Are lower - yield cigarettes safer American journal of public health ۱۹۹۷; ۵۴۶-۵۴۹.
- ۱۲- Pour Afkari N, in translation synopsis of psychiatry. Kaplan H(editor). Tehran: zoghi press ۲۰۰۱; ۱۵۴-۱۵۷.
- ۱۳- Kamarck TW, Lichtenstein E. current trends in clinic-based smoking control .Annals of Behavioral Medicine ۲۰۰۲; ۷(۲): ۱۹-۲۳ .
- ۱۴- Sarafino Edward P. Health psychology Translated by Abhary SA ,Roushd press ۲۰۰۵; ۱۷۱-۱۷۷.
- ۱۵- chmond RL, Austin A .Webster IA Three year evaluation of a program by general practitioners use of three smoking cessation programs. J Addictive Behaviors ۱۹۹۳; ۱۸۷-۱۹۹.
- ۱۶- Aminian AH. life challenges. Journal of Nasim Salamat, yzad medical university ۲۰۰۶; ۱۳-۱۵
- ۱۷- Wilson DE. Madns J, and Kleinman J.c, Giovno, G.A & Byers, T. smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. New England journal of Medicine, ۲۰۰۲ : ۷۳۹-۷۴۵.
- ۱۸- by Mohammad khani sh. in translation coping with life challenge cleinic chrisl (editor).
- ۱۹- lombardo T, carreno L. Relation ship of Type A behavior pattern in smoker to carbon monoxide exposure and smoking topography. Health Psychology ۲۰۰۳; ۶: ۴۴۵-۴۵۲ .



The Effect of Interventions on the Smokers in the Emamshahr Withdrawal Clinic

Aminian AH* (M.Sc)-Noori Shadkam M**(M.D)- Ghovvah M.R*** (M.D)
Dehghani A.A**** (M.Sc) - Lotfi M.H ** (P.h.D) -Ghomizadeh A* (M.Sc)

**Master of Science in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd .*

***Assistant Professor in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd*

****General physition in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd*

**** *Master of Science and Faculty Member in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*

Abstract

Smoking is the most important cause of cardiovascular, respiratory and other kinds of cancer. So there is a need to arrange an effective plan for the prevention and treatment of smoking dependency. Nowadays, educational strategies have been added to clinical activities in the tobacco withdrawal clinics.

For this cross sectional study, a total of ۱۵۶ subjects who were at least ۶ months in withdrawal conditions were selected within ۲۰۰۴-۲۰۰۵. The means of enquiry was a pre-test questionnaire including ۶۶ items confirmed by three experts and test-retest mode ($r=۰,۷۷۵$). The interview done by a trained colleague and the data were analyzed by SPSS software.

At the beginning of the study, ۳۷ (% ۲۳,۷) of subjects were at complete withdrawal condition, ۱۱ (% ۲۹,۷) of whom again started smoking after leaving the clinic. These persons repeated the withdrawal program under the support of self-helping groups. In other words, % ۶۷ of the subjects were at complete withdrawal. Compared with the unsuccessful subjects, the successful ones who had less dependency on nicotine suffered from less side effects after withdrawal and were more in line with behavioural recommendations.

Our results showed that although most of the individuals ۷۵,۶% referred to the clinic one or twice ۸۷,۸% of them had not participated in the advisory withdrawal course. It is suggested that supervision, surveillance and education should be considered for referring smokers. Adding life elaborating programs to tobacco withdrawal clinics is also advised .

Key Words: Tobacco products - Withdrawal clinic -Smoke -Successful and unsuccessful Persons in withdrawal