



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

طلوغ بهداشت

نویسندها: 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 صدوqi یزد

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

*** پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi یزد

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

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

*** استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi 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 اع்�تیاد 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 مقاطعی صورت گرفته و به منظور بررسی تأثیر مداخلات کلینیک ترک دخانیات امام شهریزد، 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 ($n=156$) 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 (۲۰/۷۷۵) بدست آمده بود، استفاده شد. تکمیل پرسشنامه بصورت فردی و توسط پرسشگر در مورد 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 (۲۳/۷درصد) از مراجعین در زمان انجام تحقیق در ترک کامل بودند که از این تعداد ۱۱ نفر (۷/۲درصد) از افراد موفق، بعد از مراجعه به کلینیک، سیگار کشیدن را شروع و مجدداً در گروه های خودداری 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 (۷۵/۶درصد) بین یک تا دو جلسه به کلینیک مراجعه کرده بودند و اکثر آنها (۸۷/۸درصد) 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 روانشناسی 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

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال ششم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۸۶

شماره مسلسل: ۲۱-۲۲



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 بزد 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، سندروم ترک سیگار و تکنیک های رفتاری برای مقابله با هوس سیگار انجام می شود و به مراجعتی 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(۲و۳). 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.

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 (۲و۱). در ضمن مصرف سیگار در هر کشوری علاوه بر به هدردادن 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 ولذا 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 ۷۲/۸/۷ مبنی بر منوعیت استعمال دخانیات در اماكن عمومي، 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



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 گروههای 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 تمکن‌کسر کار عنوان شد (جدول شماره ۲). همچنین یافته‌ها 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 پیش‌بینی 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 عنوان عوامل موثر در ترک عنوان نمودند.

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 ومداخلات (آموزش روش ترک و مشاوره ترک) برروی آنها صورت گرفته بود به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند که به روش سرشماری (n=۱۸۶) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. از این تعداد ۳۰ 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=۱۵۶) 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 پایه‌ای 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 برروی ۳۰ نفر (T=۷۷۵) بدست آمده بود برروی گروه نمونه اجرا گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از ثبت در کامپیوتر با استفاده از نرم افزار آماری Spss و بکار گیری تست‌های آماری کای اسکوار و استیومنت 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 ۲۰-۳۰ ساله، ۲۹/۵ درصد ۳۱-۴۰ ساله و ۳/۲



جدول شماره ۱: بررسی توزیع فراوانی مشخصات جامعه مورد بررسی

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

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				
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱۹	۳۳/۶	۴۰	۶۶/۴	۷۹	تحت فشار بودم و برای آرامش اعصاب به سیگار احتیاج داشتم
	۴۲/۹	۵۱	۵۷/۱	۶۸	میل شدید به سیگار و وسوسه درونی
	۴۴/۵	۵۳	۵۵/۵	۶۶	مشکلات و فشار کار و زندگی
	۵۳/۸	۶۴	۴۶/۲	۵۵	واقعاً دلم می خواست ترک کنم ولی نتوانستم
	۵۵/۵	۶۶	۴۴/۵	۵۳	عصبانی بودم و برای رهایی از تنفس و آرام ساختن خود به سیگار احتیاج داشتم
	۸۰/۷	۹۶	۱۹/۳	۲۳	بودن در بین افراد سیگاری
	۸۳/۲	۹۹	۱۶/۸	۲۰	زندگی پر اسراری داشتم و زمان مناسبی برای ترک نبود
	۸۴/۹	۱۰۱	۱۵/۱	۱۸	بیکاری یا نبودن در آمد کافی
	۹۴/۱	۱۱۲	۵/۹	۷	برای اینکه بتوانم با تمرين بیشتری کار کنم به سیگار احتیاج داشتم



با افراد سیگاری ، مواجه شدن با مشکلات کاری ، موقع استرس، بعد از صرف غذا یا نوشیدن چای و اوقات یکاری 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 وسوسه انگیز سیگار کشیدن خود عنوان کردند. نتایج بدست آمده از مقایسه حالت‌های ناراحتی بعداز ترک در دو گروه موفق و ناموفق در ترک نشان می دهد از نظر میل شدید به سیگار کشیدن ($p=0.001$) و بی حوصلگی و غمگینی($p=0.01$) بین این دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد و افراد موفق در ترک کمتر از این حالت ها احساس ناراحتی می کردند اما از نظر اضطراب، اشکال درتمركز، سردرد، عصبانیت، بی قراری، 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 پژشک ، فیلم های 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 تممرکز، بد خلقی و عصبانیت، احساس تحت فشار بودن و بی قراری 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) [شامل روشهای : تاخیر DeepBreathing (نفس عمیق)، انحراف Distract) (و نوشیدن آب) (Remind (رد کردن (Refaje)، پاداش Rehearse (Reward (و تک تک شرح دادن (] 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)، بی حوصلگی و غمگینی (۳۸/۵ درصد)، احساس ناکامی مثل اینکه گمشده ای داشتم (۳۳/۳ درصد)، اضطراب و نگرانی (۲۶/۲)، بی قراری (۱۹/۲) بوده است و مهمترین موقعیتهای تحریک کننده به ترتیب ۵۷/۷ فراوانی بعد از صرف غذا و نوشیدن چای (۷/۷ درصد)، مواجه شدن با مشکلات زندگی (۴۹/۴ درصد) و بودن با افراد سیگاری (۷/۳ درصد) عنوان شده است. اکثر مراجعین موفق در ترک اظهار داشتند که بعد از ترک انرژی بیشتر (۷۵/۷ در صد)، 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 (۱۶/۲ درصد) خستگی از سیگار (۱۰/۸ درصد) عنوان نمودند. مقایسه دو گروه موفق و ناموفق در ترک نشان می دهد که بین این دو گروه از نظر سن، سن شروع سیگار کشیدن ، مدت زمان مصرف سیگار، تعداد نخ سیگار مصرفی، سطح تحصیلات و وضعیت تا هل تفاوت معنی دار وجود ندارد. همچنین از نظر موقعیت های وسوسه انگیز مثل بودن



تفاوت های معنی دار بدست آمد ($P=0.37$) 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		
$p=0.001$	موفق در ترک	۱۰۰	۲۹	۱۷/۲	۵	۴۴/۸	۱۳	۳۷/۹	۱۱	گروهها
	ناموفق در ترک	۱۰۰	۸۰	۴۶/۳	۳۷	۳۵	۲۸	۱۸/۸	۱۵	
	جمع کل	۱۰۰	۱۰۹	۳۸/۵	۴۲	۳۷/۶	۴۱	۲۳/۹	۲۶	
p=0.001	جمع کل		کم		متوسط		زیاد		تأثیر ۴R	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	موفق در ترک	۱۰۰	۳۰	۳۰	۹	۵۶/۷	۱۷	۱۳/۳	۴	
	ناموفق در ترک	۱۰۰	۷۶	۶۹/۷	۵۳	۲۳/۷	۱۸	۶/۶	۵	
	جمع کل	۱۰۰	۱۰۶	۶۲	۶۲	۳۳	۳۵	۸/۵	۹	
p=0.001	جمع کل		هیچکدام		۴R		۴D		گروهها	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	موفق در ترک	۱۰۰	۳۷	۲۴/۲	۹	۱۳/۵	۵	۶۲/۲	۲۳	
	ناموفق در ترک	۱۰۰	۱۱۸	۵۵/۹	۶۶	۱/۷	۲	۴۲/۴	۵۰	
	جمع کل	۱۰۰	۱۵۵	۴۸/۴	۷۵	۴/۵	۷	۴۷/۱	۷۳	
p=0.001	جمع کل		هیچکدام		۴R		۴D		گروهها	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	موفق در ترک	۱۰۰	۳۷	۴۸/۶	۱۸	۵/۴	۲	۴۵/۹	۱۷	
	ناموفق در ترک	۱۰۰	۱۱۸	۷۷/۱	۹۱	۰	۰	۲۲/۹	۲۷	
	جمع کل	۱۰۰	۱۵۵	۷۰/۳	۱۰۹	۱/۳	۲	۲۸/۴	۴۴	



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		اصلًا مصرف نکردم		خیلی کم		تا حدودی		خیلی زیاد		تأثیر آدامس نیکوتین گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=+0.9$	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	درصد	تعداد	
$p=+0.25$	۱۰۰	۳۷	۳۲/۵	۱۲	۲۷	۱۰	۴۰/۵	۱۵	۴۰/۵	۱۵	موفق در ترک
	۱۰۰	۱۱۹	۲۱/۹	۲۶	۲۹/۴	۳۵	۴۸/۷	۵۸	۴۸/۷	۵۸	ناموفق در ترک
	۱۰۰	۱۵۶	۲۴/۴	۳۸	۲۸/۸	۴۵	۴۶/۸	۷۳	۴۶/۸	۷۳	جمع کل

P .value	جمع کل		بلي		خبر		داشتن بیماری مرتبط با سیگار گروهها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P=+0.37$	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		
$p = 0/0^3$	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	

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(۷و۴) . 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 در صد) گزارش کرده اند که در دوره مشاوره ترک شرکت نکرده اند.

نتایج بررسی پژوهش‌های متعدد در زمینه ترک دخانیات میزان ترک مراجعین را بین ۱۰-۵-۵ درصد در اثر کمترین مداخله تا ۳۰-۳۶ 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

بحث

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

پژوهش‌های انجام شده طی سالهای ۱۹۷۰-۱۹۸۰ 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 ، نظریه آدامس های نیکوتین موفقیت زیادی کسب نکرده اند و دوره پیگیری اکثرآ به عود مجدد انجامیده است(۵). همچنین نتایج برنامه های رفتار درمانی یا تغییر رفتارکه 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).



از نظر غمگینی و بی حوصلگی به عنوان علت سیگار بین دو گروه موفق و ناموفق تفاوت معنی دار بdst است 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 خودبایری 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 بdst 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 بdst 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 آغازگر 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 چهت 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 (۱۲ و ۱۳).

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 مهارت هایی از این قبیل است (۱۸و۱۹). باید به آنها آموخت چگونه با استرس ها 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 مهارت هایی هستند که علاوه بر آموزش مضرات و آموزش بیماریهای مرتبط با سیگار باید به آنها آموخت، اینها توانایی هایی هستند که در پیشگیری از شروع سیگار کشیدن ، ایجاد انگیزه ترک و پیشگیری از عود تاثیر زیادی دارند و باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند(۱۶و۱۷).

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 می کنند 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 بلای خانمان سوز در میان نسل فردای جامعه باشیم.

- از آنجا که ضعف در مهارت های زندگی یکی از دلایل مهم شروع و ادامه سیگار کشیدن می باشد، آموزش مهارت های زندگی بویژه در دیبرستان ها، دانشگاه ها و سریازخانه ها در بدو ورود جدی گرفته شود تا با ارتقاء ظرفیت روانشناسی 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 می شود آموزش مهارت های 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 می کنند تبلیغات وسیع ضد سیگار انجام می شود . روی هر پاکت سیگار نوشته شده : دخانیات عامل اصلی سلطان و برای سلامتی زیان آور است. اما علی رغم شواهد مشهود تعداد قابل توجهی از افراد جامعه سیگار می کشند، کشیدن سیگار در بین جوانان و نوجوانان در حال گسترش است. تعداد کمی از افراد سیگاری اقدام به ترک سیگار می کنند و بدتر از آن آمار ها حاکی از آن است که ۷۰٪ کسانی که دچار سکته قلبی می شوند همچنان به سیگار کشیدن خود ادامه می دهند و تعداد قابل توجهی از افرادی که مبتلا به سلطان شده اند هنوز هم سیگار می کشند(۲۰و۱۷)، پس بر سر این اطلاعات چه می آید؟ چرا این اطلاعات تاثیر کمی بر افراد سیگاری می گذارد؟ چرا اطلاعات و آگاهی درباره آثار مخرب سیگار در افراد سیگاری به اندازه کافی ایجاد انگیزه نمی کند؟ یک علت مهم ان است که آنها این اطلاعات را غیر شخصی تلقی می کنند بسیاری از سیگاریها خطرهای سلامتی را آن قدر دور از زندگی واقعی خود تصور می کنند 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 مهارت های لازم خود را ناتوان در ترک می بینند . و به این فکرند که بعد از کنار گذاشتن سیگار با فشار های روانی، مشکلات زندگی و ... چه کنند . شواهد نشان می دهد که ۸۰ درصد افراد سیگاری مایل به ترک سیگارند، که تعداد اندکی از آنها اقدام به ترک می کنند . 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
۷-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.

۸-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.

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

مجموعه فعالیتهای کلینیک های ترک دخانیات اضافه شود.

محدودیتها

پراکندگی مراجعین از نظر محل سکونت ، اشتباہ 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 و عدم همکاری مناسب آنها از مهمترین مشکلات و محدودیتهایی بود که در تکمیل پرسشنامه ما را با مشکلات فراوانی روپرتو کرد.

سپاسگزاری

از آقایان : دکترمحمد نقی تقوايی- مهندس وحید جعفری، فضل ا... کريمي و خانمها : پوران نائمي، عزت مبين، مرضيه زارع و عارفه دهقاني تفتی که در انجام اين پژوهش ما را ياري نمودند کمال سپاسگزاری و تشکر داريم.

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,MittelmarkM.B,JohnsV.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 therapy 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; ۸۴۶-۸۴۹.
- 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,yazd medical university ۲۰۰۶; ۱۳-۱۵
- ۱۷- Wilson DE. Madns J, and KleinmanJ.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 ۷ months in withdrawal conditions were selected within ۲۰۰۴-۲۰۰۵. The means of enquiry was a pre-test questionnaire including ۷۹ items confirmed by three experts and test-retest mode($r=0.775$). 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, % ۴۷ 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