

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۲، شماره ۱۰، صفحات ۸۷۷ تا ۸۸۴ (۱۳۸۳)

## علل گرایش به مصرف سیگار و تأثیر دو روش مشاوره روانی، راهنمایی، روان‌درمانی و آدامس نیکوتینی در ترک اعتیاد به سیگار

دانشگاه تبریز-۱۳۸۱

دکتر باقر وفايي (استاديار)\*، جعفر شهامفر (مربی پزشکی اجتماعی)، دکتر اکبر فدایی حق (پزشک عمومی)

\* گروه روانپزشکی، بیمارستان روانپزشکی رازی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### چکیده

**مقدمه:** سیگار یکی از علل اصلی بیماریهای قلبی-عروقی و تنفسی و انواع سرطانها است و شایعترین عامل قابل پیشگیری در جهان می‌باشد. انجمن قلب آمریکا بر این عقیده است که فرآورده‌های دارویی جایگزین نیکوتین مثل آدامس نیکوتینی در ترک مصرف سیگار کمک کننده هستند. هدف این مطالعه بررسی علل گرایش به مصرف سیگار و تأثیر مشاوره، راهنمایی، روان‌درمانی و آدامس نیکوتینی در ترک وابستگی به معتادان سیگار می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه با روش توصیفی مقطعی انجام شده و کلیه موارد ثبت شده، نتایج آماری پرسشنامه‌هایی است که توسط افراد سیگاری مراجعه کننده به مرکز ترک سیگار تکمیل شده‌اند. جامعه مورد مطالعه این بررسی را ۱۰۰ فرد وابسته به سیگار تشکیل می‌دهد که از اول سال ۱۳۸۱ تا آخر اسفند ماه ۱۳۸۱ جهت ترک سیگار به مرکز بهداشتی درمانی شهرک زعفرانیه تبریز مراجعه نموده‌اند و کلیه ارتباطات مربوط به علل گرایش به مصرف سیگار و چگونگی عملکرد مرکز ترک سیگار با استفاده از مشاوره حضوری و تجویز آدامس نیکوتینی و با استفاده از پرسشنامه‌ای مذکور گردآوری و ثبت شده است.

**یافته‌ها:** از تعداد ۱۰۰ نفری که برای ترک سیگار مراجعه کرده بودند، مشاوره روانی به عمل آمد، ۱۴٪ افراد مورد مطالعه حاضر به مشاوره روانی نشدند، ۲۸٪ درصد پس از مشاوره روانی سیگار را ترک کردند و ۷۵٪ درصد قادر به ترک نشدند. ۸۶ نفر از افراد مورد مطالعه پس از انجام مشاوره روانی با موافقت خود آنها تحت درمان با آدامس نیکوتینی قرار گرفتند، ۴۳ نفر موفق به ترک سیگار شدند که ۱۲ نفر آنها سابقه ترک سیگار را نداشتند و بقیه آنها، حداقل یکبار سابقه ترک سیگار را ذکر کردند و از آنهايي که موفق به ترک نشدند ۲۰ نفر سابقه ترک قبلی را نداشتند و ۲۳ نفر قبلاً حداقل یکبار سابقه ترک سیگار را داشتند، ضمناً در این بررسی مهمترین علت و انگیزه افراد سیگاری در گرایش به سیگار، توصیه دوستان و آشنایان نزدیک می‌باشد که ۴۶ نفر از آنها به این مورد اشاره داشتند و سایر علل شامل بیکاری، ناراحتی روانی و تنهایی و خستگی و دیدن نمایش سیگار کشیدن بازیگران در فیلم‌ها می‌باشد.

**نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:** در این مطالعه این نتیجه کلی بدست آمد که افرادی با سابقه ترک سیگار بهتر و راحت‌تر از افراد دیگر موفق به ترک سیگار با روان‌درمانی و آدامس نیکوتینی می‌شوند. مشاوره روانی به تنهایی تأثیری چندانی در موفقیت ترک سیگار ندارد، و در کنار مشاوره روانی حتماً باید آدامس نیکوتینی وجود داشته باشد.

## مقدمه

نیکوتین یکی از رایجترین داروهای مجاز مورد استفاده می‌باشد و این ماده از طریق تدخین و یا جویدن توتون وارد بدن می‌شود و وابستگی به توتون مهلک‌ترین و شایعترین اختلال مصرف مواد است زیرا استفاده کنندگان هنگام مصرف آن از تمایل شدید به مصرف دارو آگاه نیستند ولی موقع ترک آن اشتیاق شدید بدان دارند. تقریباً ۲۸٪ بالغین در ایالات متحده هنوز سیگار می‌کشند زیرا به نیکوتین وابستگی پیدا کرده‌اند. نیکوتین علاوه بر سیستم پاداش دوپامین، گیرنده‌های استیل‌کولین نیکوتین را فعال می‌سازد و نورون هورمون‌های تحریکی متعددی را افزایش می‌دهد. وابستگی به سرعت پدید می‌آید و قویاً تحت تأثیر شرایط محیطی است، غالباً با وابستگی به سایر مواد (الکل و ماری‌جوانا) همراه است (۱).

امروزه با وجود پی بردن به بسیاری از آسیب‌های ناشی از مصرف توتون در اشکال مختلف تعداد بیشماری از افراد در تمامی مناطق جهان و تمامی قشرهای جامعه، به مصرف این ماده زبان‌بار مشغولند. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که در سراسر جهان یک میلیارد نفر از مردم سیگار می‌کشند و سالانه ۶ تریلیون سیگار دود می‌کنند (۲). بر اساس تخمین‌های موجود مرگ و میر سالانه ناشی از استعمال دخانیات از چهار میلیون مرگ و میر در حال حاضر به ده میلیون مرگ سالانه در دهه ۲۰۲۵ خواهد رسید که ۷ میلیون مورد از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۱،۲).

از طرف دیگر بسیاری از کودکان بی‌گناه قربانی بیماری‌ها و مرگ‌های ناشی از دود سیگار پدرها و مادرهای خود می‌شوند (۳). هم اکنون ۵۰۰ میلیون کودک در معرض استنشاق دود سیگار هستند. مصرف دخانیات با بیماری ریوی انسدادی مزمن، سرطان و بیماری کرونری قلب و بیماری عروق محیطی رابطه دارد (۵،۴). خطر ایجاد سرطان ریه در سیگاری‌ها حدود ۲۰ برابر غیرسیگاری‌ها است و در حقیقت کشیدن سیگار فاکتور اصلی همراه با سرطان ریه است (۸،۷،۶،۵). میزان مرگ و میر در میان سیگاری‌ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از غیرسیگاری‌های

در هر گروه سنی است و این به این معنی است که حداقل ۵ درصد سیگاری‌های که در سال‌های بلوغ و استعمال دخانیات را آغاز نموده‌اند در نهایت توسط دخانیات به قتل می‌رسند (۳). طلاق و جدایی، رفتار خلق الساعه-سواد کمتر، برون‌گرایی، پرخاشگری و مصرف الکل در افراد سیگاری بیشتر از کسانی دیده می‌شود که سیگار نمی‌کشند (۸). نیکوتین معتاد کننده است، ویلیام پولیس، رئیس انستیتوی ملی سوء مصرف مواد در شماره اختصاصی مجله پزشکیان آمریکایی گزارش داد که نیکوتین ۸-۶ برابر الکل اعتیادآور است (۴). اخیراً سازمان بهداشت جهانی مصرف سیگار را جزو بیماری‌های روانی تقسیم‌بندی نمود. اعتیاد سیگار به گروه و طبقه و قشر خاصی تعلق ندارد، اما نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر آن هستند. سن آغاز کشیدن سیگار در امریکا ۱۶ و بعضی هم پس از ۲۰ سالگی است (۶،۵). در کانادا ۱۵ درصد پسران و ۲۰ درصد دختران ۱۴ ساله در سال ۱۹۷۸ و بیش از ۲۵٪ پسران و دختران ۱۷ ساله سیگار می‌کشیدند و از آن به بعد تغییر قابل‌ذکری وجود نیامده است و تقریباً ۴/۵ میلیون نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله مصرف‌کننده حاوی نیکوتین در امریکا در سال ۱۹۹۵ بوده‌اند (۸). اقدامات زیادی جهت درمان وابستگی به سیگار انجام شده است در یک بررسی که بر روی ۱۸۰۰۰ وابسته به سیگار که تحت درمان با آدامس نیکوتینی، اسپری نیکوتینی، نیکوتین فراجلدی یا برچسپ‌های نیکوتینی و نیکوتین استنشاقی قرار گرفته بودند ۱۳٪ سیگار را ترک کردند. این روش بر روش cold turkey (خانمه دادن به وابستگی دارویی فیزیولوژیک به طور ناگهانی و بدون جانشین‌سازی با داروهای دیگر) موفقیت‌آمیزتر بود (۹). شایعترین وابستگی و وابستگی به نیکوتین است و ترک آن بیشتر با شکست توأم است.

در یک بررسی در ایالات متحده معلوم شد که ترک الکل با ۵۰٪، ترک اعتیاد به مواد افیونی با ۶۰ درصد، ترک کوکائین با ۵۵٪ و ترک وابستگی به سیگار با ۳۰٪ موفقیت همراه بوده است (۱۰). علل گرایش به مصرف سیگار متعدد بوده که مهمترین آنها عبارتند از نداشتن آگاهی از آسیب‌های ناشی از دود سیگار، سهل‌انگاری پزشکان و مسئولین بهداشت در آگاه

این افراد حرفه‌ای در این راه موفقیت چندانی برخوردار نمی‌باشند، معتادینی که حقیقتاً می‌خواهند سیگار کشیدن را ترک کنند تا زمانی که برای این کار انگیزه کافی نداشته باشند و کلمه (نه گفتن) را یاد نگرفته باشند موفق نخواهند بود (۴). به طور کلی درمان سیگار به طرق مختلف از جمله هیپنوتیزم، درمان با ایجاد بی‌زاری، طب سوزنی، اسپری نیکوتینی بینی، آدامس‌های نیکوتینی، نیکوتین فراجلدی (patch) و اشکال جلدی هسته رهش نیکوتین، کلونیدین و انواعی از سایر مواد سایکوفارماکولوژیک نیکوتینی، بوپروپیون با دوزهای ۳۰۰ میلی‌گرم در روز و مشاهده روانی و راهنمایی و رواندرمانی هدایتی ممکن است میزان ترک را در سیگارهای افسرده یا غیرافسرده بالا برد (۱،۱۲،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲).

با توجه به مطالب فوق بررسی تعیین علل گرایش به سیگار در نوجوانان و جوانان کشور منطقه‌ای که عزیزمان لازم به نظر رسید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه با روش توصیفی مقطعی انجام شده است و کلیه موارد ثبت شده، نتایج آماری پرسشنامه‌هایی است که توسط افراد سیگاری مراجعه کننده به مرکز ترک سیگار و به وسیله مصاحبه توسط کارشناس ارشد بهداشت روانی و اینجانبان تشکیل شده‌اند. جامعه مورد مطالعه این بررسی را ۱۰۰ فرد سیگاری تشکیل می‌دهد که از اول سال ۱۳۸۱ لغایت آخر اسفند ماه سال ۱۳۸۱ جهت ترک سیگار به مرکز ترک سیگار در مرکز بهداشتی درمانی شهرک زعفرانیه مراجعه نموده‌اند و کلیه ارتباطات مربوط به علل گرایش به مصرف سیگار و چگونگی عملکرد مصرف ترک سیگار با استفاده از مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی حمایتی و تجویز آدامس نیکوتینی و با استفاده از پرسشنامه‌های مذکور گردآوری و ثبت شده است و همه افراد تحت معاینه جسمی و روانی قرار گرفتند و گواهی سلامت دریافت نمودند. روش کار بدین صورت بود که افراد مورد مطالعه پس از معاینه جسمی روانی ابتدا در کلاسهای مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی به مدت ۶

کردن توده‌های مردم، الگوبرداری از دوستان و والدین سیگاری، تبلیغات گسترده برای مصرف سیگار توسط رسانه‌های گروهی برای سودجویان، لذت‌جویی‌های بی‌هدف، احساسات بلوغ، نیاز به جلب توجه، عصیانگری، عقده‌های روانی، وجود احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب و پریشانی فکر و انگیزه‌های ناشناخته (۳).

بررسی‌های متعدد نشان داده است که مصرف سیگار در بیماری‌های روانی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلالات خلقی دوقطبی، وابستگی به مواد و اختلال شخصیت بیشتر از دیگران است (۱۲، ۱۱، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳). ۹۰ درصد اسکیزوفرنیک‌ها سیگار می‌کشند (احتمالاً به این دلیل که نیکوتین اثرات جانبی داروها را کاهش می‌دهد) (۲). سیگار کشیدن مخصوصاً وابستگی به نیکوتین در بیماران مبتلا به اختلال خلقی ۲-۳ بار شایعتر از جمعیت کلی است، برعکس اختلالات روانی ۲-۳ دفعه بیشتر از جمعیت در سیگار کش‌ها شایع‌تر است (۶). تحقیقات انجام گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داده شده است که نقصان قابل توجه اطلاعات در جوانان سراسر جهان در زمینه بیماری‌های وابسته به استعمال دخانیات و کمبود اعتماد به نفس در زمینه توصیه به ترک به بیماران می‌باشد.

همچنین مجموعه مطالعات انجام شده نشان دهنده این واقعیت است که نوجوانان و جوانان کشورهای مختلف به میزان زیادی سیگاری هستند و اطلاعات آنها در مورد ارتباط سیگار با بیماریهای مختلف جسمی نامناسب می‌باشد و آموزش مناسبی در این زمینه نمی‌بینند (۲). روشهای مختلف بررسی پیشگیری از وابستگی به سیگار بیشتر روی مبارزات کوتاه مدت در مدارس متمرکز هستند جایی که راهبرد معمول ارائه اطلاعات در مورد عواقب قانونی، فیزیولوژیکی و روانی سوء مصرف دارو است. سایر راهبردها بر ترغیب مشاوره روانی (psychological counseling) پویایی‌های گروه با حمایت والدینی مبتنی هستند. برخی از پزشکان آدامسهای نیکوتینی تجویز می‌کنند که گاه در ترک اعتیاد مؤثر است. متخصصین درمان از راه هیپنوتیزم و طب سوزنی مدعی هستند که به معتادینی که مصمم به ترک سیگار خود می‌باشند می‌توانند کمک نمایند لیکن شواهد موجود بیانگر این است که

جنس مذکر بودند و بیشترین درصد افراد سیگاری در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سالگی بودند. (۱/۳۷/۱) در این بررسی سطح تحصیلات افراد سیگاری نیز تحت مطالعه قرار گرفته است که نتایج آن در جدول ۱ شرح داده شده است. همچنین نوع شغل آنها بررسی گردید که ۴۲/۹٪ افراد سیگاری کارمند و ۴۴/۳٪ آنها شغل آزاد داشتند و بقیه یعنی ۱۳/۹٪ بیکار و یا دانشجو بودند. از افراد تحت درمان با آدامس نیکوتینی ۵۰٪ موفق به ترک سیگار شدند که از این تعداد ۱۴٪ قبلاً سابقه ترک سیگار را نداشتند و ۸۶٪ سابقه ترک سیگار را حداقل یک بار ذکر کردند. ( $P=0/13$ ). با محاسبه  $Pv$  بین دو گروه ارتباط معنی‌داری بدست نیامد. ۵۰٪ نیز موفق به ترک سیگار نشدند که از این تعداد ۴۶/۵٪ سابقه ترک قبلی نداشتند و ۵۳/۵٪ قبلاً سابقه ترک سیگار را حداقل یک بار داشتند. ( $P=0/29$ ) با محاسبه  $P$  بین دو گروه ارتباط معنی‌داری بدست نیامد. در بین افراد سیگاری تحت مطالعه، بیشتر افراد اولین سیگار خود را در سن ۲۰-۱۶ سالگی شروع کرده‌اند (۲۲/۹٪). ۱۸/۶٪ آنها در سن زیر ۱۵ سالگی و ۱۱/۴٪ در سن ۲۵-۲۱ سالگی و تنها ۷/۲٪ آنها در سن بالای ۲۵ سالگی مصرف سیگار را شروع کرده‌اند.

متوسط درآمد ماهیانه افراد تحت مطالعه ۱۵۰ تا ۲۵۰ هزار تومان بود که بیشترین درصد آن را افرادی شامل می‌شد که ماهیانه ۱۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان درآمد داشتند. (۳۵٪). ۶۴٪ از افراد مورد مطالعه شروع اولین مصرف سیگار را بنا به توصیه دوستان و آشنایان معتاد به سیگار ذکر کرده‌اند و ۱۴٪ نیز به علت افراد سیگاری در خانواده‌شان گرایش به سیگار پیدا کرده‌اند و بقیه (۲۲٪) نیز به علل دیگر از جمله بیکاری، ناراحتی روحی و روانی به علل مختلف معتاد به سیگار شده‌اند (۷۱/۶٪) و تنها ۹/۴٪ آنها به علت وجود بیماری خاصی، اقدام قبلی در ترک سیگار داشته‌اند و در بقیه موارد (۱۹٪) علت قبلی ترک سیگار، توصیه اطرافیان ذکر شده است. در حالت کلی از مجموع مراجعه کنندگان به مرکز ترک سیگار، ۴۷٪ موفق به ترک سیگار شدند و ۵۳٪ سیگار را ترک نکردند. در بین افرادی که آدامس نیکوتینی دریافت می‌کرده‌اند (۸۶ نفر) ۵۳٪ از افرادی که موفق به ترک سیگار شدند، روزانه به طور مرتب ۵-۶ عدد آدامس مصرف می‌کردند و ۳۲/۵٪ نیز روزانه

ماه شرکت می‌کردند و در صورتیکه مشاوره، راهنمایی و روان‌درمانی حمایتی در کمک به افراد مذکور جهت ترک سیگار با موفقیت همراه بود، نیاز به تجویز آدامس نیکوتینی نداشتیم و در غیر اینصورت با موافقت خود افراد طبق برنامه‌ای معین آدامس نیکوتینی تجویز شده و نتایج آن پس از اتمام دوره درمان (۶ تا ۱۲ ماه) با حضور افراد تحت درمان در پرونده آنها ثبت می‌شد. محتوی پرسشنامه شامل سؤالاتی از قبیل: علت شروع اولین مصرف سیگار، وجود یا عدم وجود دوستان سیگاری، وجود یا عدم وجود فرد سیگاری دیگر در خانواده، تعداد مصرف نخ سیگار در روز، دفعات ترک قبلی، روش درمانی (روان‌درمانی یا جایگزین نیکوتین)، ترک یا عدم ترک در پایان دوره و ... می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزاری آماری SPSS استفاده شده است.

در این مطالعه برای ترک سیگار ابتدا از مشاوره، راهنمایی و روان‌درمانی استفاده شده است، اگر چنانچه مشاوره مؤثر واقع نشود از آدامس نیکوتینی به تنهایی یا همراه با مشاوره روانی برای ترک سیگار استفاده شده است.

## یافته‌ها

تعداد افرادی که جهت ترک سیگار مراجعه کرده‌اند ۱۰۰ مورد می‌باشند که از این ۱۰۰ مورد ۱۴ نفر حاضر به مشاوره، راهنمایی و روان‌درمانی نشدند و ۸۶ نفر پس از انجام مشاوره، راهنمایی و روان‌درمانی با موافقت خود افراد تحت درمان با آدامس نیکوتینی قرار گرفتند. از افرادی که منحصراً مورد مشاهده، راهنمایی و روان‌درمانی قرار گرفتند، تنها ۲۸/۵٪ آنها سیگار را ترک کردند و ۷۱/۵٪ قادر به ترک سیگار نشدند ( $P=0/76$ ) با محاسبه  $Pv$  ارتباط معنی‌داری بین این دو گروه بدست نیامد. در این مطالعه حضور و غیاب افراد در کلاسهای مشاوره روانی بررسی و آنالیز شده است که در آن ۶۹٪ افراد بدون غیبت و به طور مرتب در کلاسها حضور داشته‌اند و ۱۵٪ آنها یک روز و ۱۶٪ نیز ۲ یا ۳ روز غیبت داشته‌اند. در این بررسی ۵٪ افراد تحت مطالعه جنس مؤنث و ۹۵٪ آنها

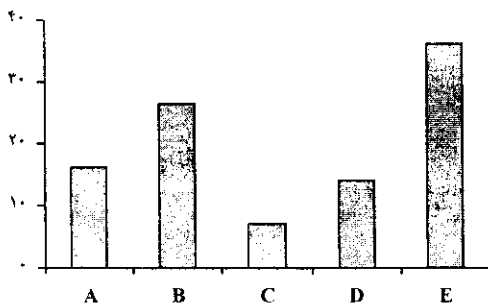
همانطوریکه در نمودار ۱ آمده است، ۶۴٪ علل گرایش به سیگار دوستان و آشنایان (A)، ۱۴٪ خانواده (B)، ۷/۵٪ بیکاری (C)، ۷٪ ناراحتی روحی (D)، ۶٪ تنهایی (E) و ۱/۵٪ علل دیگر (F) می‌باشد.

جدول ۱- سطح تحصیلات افراد سیگاری تحت مطالعه

٪۱/۴	٪۱۱/۴	٪۱۰	٪۲۷/۲	٪۴۵/۷	٪۸/۶
۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰

همانطوریکه در جدول آمده است در این مطالعه بیشتر افراد سیگاری زیر دیپلم بوده‌اند.

تعداد آدامس مصرفی در روز



نمودار شماره ۲- رابطه تعداد آدامس مصرفی در روز با درصد موفقیت و عدم موفقیت در ترک سیگار

همانطوریکه در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، ۱۶/۲٪ افرادی که روزانه ۴ عدد آدامس (A) و ۲۶/۷٪ افرادی که روزانه ۵ تا ۶ عدد آدامس مصرف می‌کردند (B)، و ۷٪ افرادی که تعداد مصرف آدامس آنها متغیر بوده موفق به ترک سیگار شدند و در مقابل ۱۳/۹٪ افرادی که روزانه ۵ تا ۶ عدد آدامس مصرف می‌کردند (D) و ۳۶/۲٪ افرادی که به طور متغیر از آدامس مصرف می‌کردند موفق به ترک نشدند.

## بحث

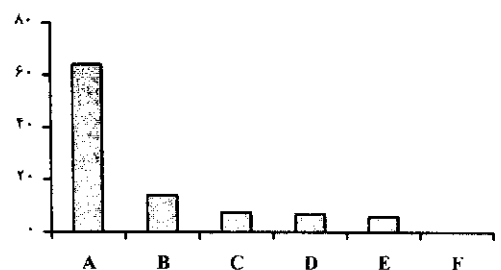
این مطالعه که در نوع خود جزو مطالعات منحصر به فرد در منطقه آذربایجان است در پی اثبات این موضوع است که

۴ عدد آدامس را به طور مرتب مصرف می‌کردند و بقیه (۲۴/۵٪) مصرف نامنظم داشتند. پس در مجموع ۸۵/۵٪ از افراد موفق، مصرف منظم آدامس را روزانه ۴-۶ عدد داشتند و تنها ۲۴/۵٪ از افراد مصرف نامنظم آدامس را ذکر کرده‌اند.  $(P=0/08)$ . با محاسبه  $P$  بین دو گروه مذکور ارتباط معنی‌داری بدست نیامد. ۷۲/۵٪ از افراد ناموفق، مصرف نامنظم آدامس را ذکر کرده‌اند و تنها ۲۷/۵٪ از آنها، مصرف مرتب ۵-۶ عدد آدامس را روزانه ذکر کرده‌اند (نمودار ۲).

در خانواده‌های افراد سیگاری مراجعه کننده به این مرکز تعداد افراد خانوار نیز مورد بررسی قرار گرفت که در آن خانواده ۳ تا ۴ نفر ۶۱/۴٪ (بیشترین درصد) را به خود اختصاص داده است. ۱۴/۳٪ آنها به تعداد ۵ نفر و ۱۲/۹٪ نیز به تعداد ۶ نفر بودند. بقیه موارد (۱۱/۶٪) تعداد خانوارشان را ۷ نفر ذکر کرده‌اند. با توجه به نتیجه به دست آمده میان زیادی تعداد افراد خانواده و مصرف سیگار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد،  $(P=0/72)$ .

افراد تحت درمان با آدامس نیکوتینی در ۶۳٪ موارد طعم آدامس را بد و قابل تحمل و در ۲۸/۶٪ موارد طعم آن را خوب ذکر کرده‌اند و تنها در ۸/۴٪ موارد غیرقابل تحمل ذکر شده است. در ۸۴/۳٪ این افراد مصرف آدامس بدون عارضه خاصی بوده و تنها در ۱۵/۷٪ موارد، افراد تحت درمان دچار عوارض مصرف آدامس شده‌اند. افراد سیگاری از نظر سابقه بیماری شخصی بررسی شدند که در آن افراد مورد نظر در ۴/۳٪ موارد ابتلا به بیماری سرطانی و در ۱۰٪ موارد نیز ابتلا به بیماری قلبی-ریوی داشته‌اند. در ۸۵/۶٪ این افراد سابقه بیماری خاصی وجود نداشته و از سلامتی کامل و نسبی برخوردار بودند.

درصد علل گرایش به سیگار



مشکل مالی نمی‌تواند عامل روی آوری به مصرف سیگار باشد ولی افرادی که از نظر مالی به اندازه کافی تأمین می‌باشند، بیشتر از سایرین اقدام به شروع مصرف سیگار می‌کنند ( $P=0/043$ ). مهمترین علت شروع مصرف سیگار در بین افراد مورد مطالعه به ترتیب به توضیح دوستان ( $64\%$ )، وجود افرادی سیگاری در خانواده ( $14\%$ ) و بقیه به علل دیگری از جمله بیکاری، ناراحتی روحی و روانی می‌باشند. اینکه چرا توصیه دوستان و آشنایان مهمترین علت شروع مصرف سیگار است و باعث اعتیاد به سیگار می‌شود موضوعی است که احتیاج به مطالعه بیشتری دارد و نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز توسط دکتر سعید شهرآرا و جعفر شهمفر در سال ۱۳۷۱ همخوانی دارد، ( $23$ ). موفقیت در ترک سیگار با آدامس نیکوتینی، رابطه نزدیکی با کمیت و کیفیت مصرفی آدامس در طول روز دارد و در بین افرادی که با مصرف آدامس نیکوتینی موفق به ترک سیگار شدند،  $53\%$  مصرف مرتب ۶-۵ عدد آدامس در روز داشتند و  $3/5\%$  روزانه به طور مرتب ۴ عدد آدامس مصرف می‌کردند و  $24/5\%$  مصرف نامنظم داشتند. پس در مجموع  $85/5\%$  از افراد موفق در ترک سیگار روزانه ۴ تا ۶ عدد آدامس نیکوتینی به طور منظم مصرف می‌کردند و تنها  $524/5\%$  از این افراد مصرف نامنظم و متغیر آدامس را ذکر کرده‌اند ( $P=0/08$ ).

در بین افراد ناموفق در ترک سیگار،  $77/5\%$  مصرف نامنظم آدامس داشتند و تنها  $27/5\%$  از افراد ناموفق روزانه مصرف مرتب ۶-۵ عدد آدامس را ذکر کرده‌اند با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه، بیشترین درصد افراد موفق در ترک سیگار افرادی را شامل می‌شود که مصرف متغیر و نامنظمی از آدامس نیکوتینی داشتند ( $77/5\%$ ) بود.

بنابراین مصرف مرتب و به تعداد مشخص و ثابت از آدامس نیکوتینی در میزان موفقیت در ترک سیگار تأثیر بسزایی دارد. به طور کلی با مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی حمایتی توأم با آدامس نیکوتینی  $47\%$  افراد سیگاری موفق به ترک سیگار شدند و  $53\%$  سیگار را ترک نکردند.

در این مطالعه  $5\%$  افراد را زنان و  $95\%$  آنها را مردان سیگاری شامل می‌شود که این نتیجه به دست آمده با نتایج بدست آمده از مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و

آیا آموزش و مشاوره، راهنمایی و رواندمانی به تنهایی در ترک اعتیاد به سیگار مؤثر است یا توأم با استفاده از آدامس نیکوتینی در ترک اعتیاد به سیگار مؤثر می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که  $21\%$  از افراد مورد مطالعه منحصراً در افرادی که تنها مورد مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی قرار گرفتند و با وجود عدم موفقیت در ترک سیگار آماده دریافت آدامس نیکوتینی نشدند، تنها  $28/5\%$  آنها موفق به ترک سیگار شدند و  $71/5\%$  این افراد سیگار را ترک نکردند ( $P=0/76$ ) این نتایج نشان می‌دهند که نقش مشاوره، راهنمایی و رواندمانی در کمک به ترک سیگار از اهمیت ناچیزی برخوردار است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه انجام شده توسط ockene.JK که در آمریکا انجام شده است و موفقیت مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی را  $5\%$  گزارش کرده است مطابقت دارد ( $21$ ). افرادی که به تنهایی تحت درمان با آدامس نیکوتینی قرار گرفتند،  $50\%$  موفق به ترک سیگار شدند نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه انجام شده توسط O'Brien CP و همکاران که موفقیت ترک وابستگی به سیگار با روشهای مختلف را  $30\%$  ذکر کرده‌اند هماهنگی ندارد ( $10$ ). شاید اختلاف این دو به علت اختلاف در روش کار بوده است. از این تعداد  $14\%$  قبلاً سابقه ترک سیگار را نداشتند و  $86\%$  سابقه ترک سیگار را حداقل یک بار ذکر کرده‌اند ( $P=0/13$ ) و  $50\%$  بقیه موفق به ترک سیگار نشدند، که از این تعداد نیز  $46/5\%$  سابقه قبلی ترک سیگار را نداشتند و  $53/5\%$  قبلاً سابقه ترک سیگار را حداقل یک بار ذکر کرده‌اند ( $P=0/29$ ). بنابراین از این مطالعه چنین نتیجه می‌شود که افرادی که قبلاً سابقه ترک سیگار را داشتند بهتر از بقیه که سابقه ترک سیگار را قبلاً نداشته‌اند، موفق به ترک سیگار می‌شوند و چنین استنباط می‌شود که فرآیند ترک سیگار، یک مرحله ای نیست و نباید انتظار داشت که بتوان با اولین اقدام موفق به ترک سیگار شد، بلکه بایستی تجربه ترک سیگار طی دوره‌ها و فرآیندهای مختلف و در طی زمانهای مختلف انجام گیرد تا در نهایت منجر به ترک قطعی سیگار شود. در بررسی ارتباط میان شغل افرادی سیگاری و مصرف سیگار، ارتباط معنی داری بدست آمد.  $42/9\%$  افراد کارمند بوده و  $44/3\%$  آنها شغل آزاد دارند و بقیه موارد  $13/09\%$  بیکار و یا دانشجو بودند. بدین ترتیب بیکاری و

راهنمایی و رواندرمانی حمایتی و آدامس نیکوتینی بوده و دو روش مذکور به ترتیب و با فاصله زمانی مورد استفاده قرار گرفته است از نتایج به دست آمده از این مطالعه چنین برمی آید که هیچکدام از روش‌های فوق به تنهایی برای دستیابی به نتیجه مطلوب مورد قبول نمی‌باشند و علاوه بر آن اکثریت افراد مورد مطالعه، نه تنها مشاوره حضوری در آنها ناموفق بوده، بلکه آدامس نیکوتینی را به طور نامنظم و به تعداد حداقل مصرف می‌کردند و این نتیجه به دست آمده، در صورت مصرف استاندارد آدامس نیکوتینی و انجام مشاوره، راهنمایی و رواندرمانی حمایتی ایده آل توسط یک کارشناس یا روانپزشک بسیار مطلوب خواهد بود. پس در درجه اول باید طی مشاوره‌ای انگیزه قوی جهت ترک سیگار در فرد مورد نظر ایجاد کرد و سپس تجویز آدامس نیکوتینی را طبق برنامه درمانی استاندارد شروع کرده و هر ماه پیگیری حداقل به مدت ۱ الی ۲ سال مرتب از نظر روان درمانی حمایتی و اقدام درمان دارویی با تجویز قرصهای بوپروپیون انجام گیرد تا میزان ترک را در سیگارهای افسرده و غیرافسرده بالا رود.

#### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات آقای دکتر علی وفایی تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماری‌های ریوی مطابقت دارد که در آن ۳/۴٪ افراد سیگاری جمعیت ایران را زنان شامل می‌شود. ۶۲/۹٪ افراد سیگاری تحت مطالعه شروع مصرف سیگار را در سنین ۲۰-۱۹ سالگی ذکر کرده‌اند که نتیجه به دست آمده از این بررسی با نتایج به دست آمده از مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی مطابقت دارد که در آن ۶۶/۲٪ افراد سیگاری جمعیت ایران در سنین ۲۰-۱۵ سالگی اولین سیگار خود را تجربه کرده اند (۱۷،۳) در این مطالعه ۱۴/۳٪ از افراد سیگاری از بیماری‌های وابسته به مصرف سیگار (سرطان و بیماری قلبی-ریوی) در رنج هستند که با استناد به نتایج حاصل از بررسی‌های انجام گرفته در ایالات متحده (۱ و ۲) خطر مرگ ناشی از سرطان ریه در این افراد ۲۲ برابر و خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی-ریوی ۴ برابر افراد طبیعی می‌باشد. بنابراین برای ترک سیگار نیاز به مطالعات مختلفی می‌باشد و ارائه راهکارهای مختلف می‌تواند در این مورد مفید باشد و توصیه می‌شود.

#### نتیجه‌گیری

این مطالعه که روی ۱۰۰ نفر فرد سیگاری به منظور ترک مصرف سیگار انجام گرفته است با استفاده از مشاوره،

## منابع

۱. سادوک ب، سادوک و. چکیده روانپزشکی بالینی. ترجمه دکتر نصرت... پورافکاری، چاپ اول، انتشارات آزاده، شهریور ۱۳۸۰، ص ۸۹-۹۰
۲. هریسون ب، گلز ج، شارب م. درسنامه فشرده روانپزشکی. چاپ هشتم ۱۹۹۸. ترجمه دکتر نصرت‌ال...

پورافکاری، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، زمستان ۱۳۸۰، ص ۱۷.

۳. مسجدی م، آذری پور ح، حیدری غ، علی‌نژاد طاهری س، ولایتی ع. بررسی شیوع استعمال دخانیات در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران، مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره بیستم، ع زمستان ۱۳۸۱. ص ۲۸۳-۲۸۷.

۴. کلمن و. اعتیاد چیست معناد کیست؟ ترجمه محمدرضا میرفخرایی. نشر واحد تهران، ۱۳۷۸، ص ۱۳۱-۱۱۶.
5. Kaplan H I, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. Volume one seventh edition. Editor Sadock BJ and Badock V. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia 2000; p. 1033-1038.
6. Lopez I, Borr JJ, Andreasen N, Gelder MC. New Oxford text book of psychiatry volume one publish unilele stokes 2000 First published seetoom 4 London p. 554-558.
۷. پورافکاری ن. فرهنگ معاصر. جلد دوم، چاپ اول تهران، چاپ انتشارات بهار، ۱۳۷۳، ص ۱۰۰۱.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry 9<sup>th</sup> ed New York Philadelphia 2003; p. 444-448.
9. Law M, Tany JL. Ana analysis of the effectiveness of interventions in tended to help people stop smoking Arch Intern Med 1995; 155: 1933-1941.
10. O, Brien CP. McLellan. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347: 237-240.
11. Deleon J, Tracy J. McCann E, McGrory A, Diaz F J. Schizophrenia and tobacco smoking; a replication study in another us psychiatric hospital schizophrenia research. February 2001.
12. Ar I Haukkala. Anttuutela, Erkkivar Tlainen Mcalister a and Knekt Depression and smoking cessation the role of motivation and self-efficacy. Addictive Behavior 2000; 25(2): 311-316.
۱۳. سازمان ملل متحد یونسکو. آموزش عمومی برای پیشگیری از اعتیاد. ترجمه محسن دهقانی. انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، چاپ اول، زمستان ۱۳۷۲، ص ۱۳۴.
14. Lawn SJ. Pols R G Barber JC. Smoking and qmitting. A qualitative study with community. Living psychiatric clients Social Science and Medicine Australia 2002; 54: 93-104.
15. Tamburrino MB. Screening women in family practice seating; association between depression and smoking cigarettes, Fam Pract Res J 1994 Dec; 14(4): 333-337.
16. Wang MQ. Predicting smoking status by symptoms of depression for US adolescents Psychol Rep 1994 Oct; 75(2): 911-914.
۱۷. مسجدی، آذربور م، حیدری غ. سیگار، ریال و روش‌های ترک. چاپ اول، مرکز آموزشی و درمانی سل و بیماری‌های روانی. تهران ۱۳۷۸.
۱۸. گیلی آ. چگونه می‌توان سیگار را ترک کرد یا اقلأ کمتر سیگار کشید. مترجم: محمد مهاجری، چاپ اول ۱۹۷۷ لندن، خرداد ۱۳۶۱.
۱۹. کاتزونک ب ج. فارماکولوژی پزشکی ۱۹۹۵، ویرایش ششم، مترجم: دکتر فرزاد نوری و همکاران. چاپ اول پاییز ۱۳۷۹، انتشارات حیان.
۲۰. اخوت و. روان‌درمانی و چند مقاله دیگر. انتشارات پیام. تیر ماه ۱۳۵۴. تهران، ص ۴۹۱ و ۴۶۹-۴۵۸.
21. Ockene Jk. Smoking intervention: the expoding role of the physician. Am J Public Health 1987; 77: 782-783.
۲۲. اولیه رد، ویلسون گ ت. رفتار درمانی کاربرد و بازده. ترجمه نسرین پورداد، دکتر علی‌اکبر سیف، میترا فیض، ویراستار پرویز داریوش، چاپ اول انتشارات فردوس، تهران ۱۳۶۵، ص ۳۷۲-۳۵۹.