

سَلَامٌ عَلَيْكَ يَا مُؤْتَمِرًا



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز سلامت محیط و کار



دانشگاه علوم پزشکی تهران
پژوهشکده محیط زیست

راهنمای آموزشی ترک دخانیات

الزامات، دستورالعمل ها و، مضمونهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

مرکز سلامت محیط و کار

پژوهشکده محیط زیست

تابستان ۱۳۹۱

- عنوان گایدلاین: راهنمای آموزشی ترک دخانیات

- کد الزامات: ۱-۱۳۰۲-۲۰۲۰۵۰۲

- تعداد صفحات: ۱۱۸

مرکز سلامت محیط و کار:

تهران-خیابان حافظ تقاطع جمهوری- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- مرکز سلامت محیط و کار

تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۶۳۶، دورنگار: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۴۱۷

www.markazsalamat.ir

پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران:

تهران - خیابان کارگر شمالی- نرسیده به بلوار کشاورز- پلاک ۱۵۴۷ طبقه هشتم

تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۹، دورنگار: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۸

<http://ier.tums.ac.ir>

کمیته فنی تدوین راهنما

نام و نام خانوادگی	مرتبۀ علمی / سمت	محل خدمت
مهندس سید رضا غلامی	کارشناس / رئیس کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
دکتر نوشین راستکاری	استادیار / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
دکتر حسن آذری پور ماسوله	پزشک	سازمان تامین اجتماعی
مهندس طیبه الهی	کارشناس / دبیر کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
دکتر سید محمد علوی نیا	استادیار / عضو کمیته	دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
خدیجه فریدون محصلی	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس بهزاد ولی زاده	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس لیلا یعقوبی	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
مهندس فائزه ایزدپناه	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست

از جناب آقای دکتر حسن آذری پور ماسوله که در تهیه این پیش نویس زحمات زیادی را متقبل شده اند صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

فهرست

- ۱ - مقدمه
- ۳ - ۲- تعاریف و مفاهیم پایه
- ۳ - ۲-۱- فرد سیگاری
- ۳ - ۲-۱-۱- مصرف کنندگان هر روزه
- ۳ - ۲-۱-۲- مصرف کنندگان گهگاهی
- ۴ - ۲-۲- فرد غیرسیگاری
- ۴ - ۲-۲-۱- ترک کرده ها
- ۴ - ۲-۲-۲- هرگز مصرف نکرده ها
- ۴ - ۲-۲-۳- سیگاری های گهگاهی ترک کرده
- ۴ - ۳- گیاه توتون یا تنباکو
- ۵ - ۳-۱- انواع تدخینی محصولات دخانی
- ۷ - ۳-۲- انواع غیرتدخینی محصولات دخانی
- ۷ - ۴- مواد موجود در دود سیگار
- ۸ - ۴-۱- جریان دود سیگار
- ۸ - ۴-۱-۱- جریان دود اصلی
- ۸ - ۴-۱-۲- جریان دود فرعی
- ۸ - ۴-۱-۳- جریان دود بازدمی
- ۹ - ۴-۲- دود سیگار از نظر ماهیت فیزیکی
- ۹ - ۴-۲-۱- بخش گازی
- ۹ - ۴-۲-۲- بخش ذره ای
- ۱۳ - ۵- سیگار و بیماریها
- ۱۳ - ۵-۱- بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات
- ۱۳ - ۵-۱-۱- بیماریهای کشنده ناشی از استعمال دخانیات

۱۹	۵-۱-۲- بیماریهای غیر کشنده ناشی مرتبط با استعمال دخانیات
	۵-۲- بیماریهای ناشی از استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی در افراد
۲۳	غیرسیگاری
۲۳	۵-۲-۱- دوران جنینی
۲۵	۵-۲-۲- دوران کودکی
۲۶	۵-۲-۳- بزرگسالی
۲۷	۶- نیکوتین (اعتیاد، سندرم ترک)
۲۸	۶-۱- مکانیسم ایجاد اعتیاد به نیکوتین
۳۲	۶-۲- ویژگیهای وابستگی به نیکوتین
۳۳	۶-۳- تعریف سندرم ترک نیکوتین
۳۵	۶-۴- علائم سندرم ترک نیکوتین
۳۷	۶-۴-۱- عوامل موثر بر شدت علائم سندرم ترک نیکوتین
۳۷	۶-۴-۲- درمان سندرم ترک
۳۷	۶-۴-۳- علائم مسمومیت با نیکوتین
۳۸	۷- شیوه های ترک
۳۸	۷-۱- مداخلات رفتاری
۳۸	۷-۱-۱- توصیه پزشکی (مداخله های مختصر)
۴۰	۷-۱-۲- خودیاری (Self Help)
۴۰	۷-۱-۳- مداخلات رفتاری و فیزیولوژیک
۶۲	۷-۲- دارو درمانی در ترک سیگار
۶۳	۷-۲-۱- داروهای رده اول
۷۰	۷-۲-۲- داروهای رده دوم
۷۲	۸- نگهداری ترک و پیشگیری از عود
۷۳	۸-۱- اجتناب از عود
۷۴	۸-۲- لغزشها و عود

۷۴	۳-۸- کمک به مردم در بازیابی
۷۵	۹- دستورالعمل راه اندازی کلینیکهای ترک سیگار در ایران
۷۸	۱۰- پیوست ها(جهت مطالعه بیشتر)
۷۸	۱-۱۰- چگونه می توانید فرد موفقی در راه اندازی دوره های ترک باشید
۷۹	۱-۱-۱۰- مراحل تغییر
۸۰	۱-۱-۲- فرایند تغییر
۸۴	۱-۱-۳- تمرین گروهی مراحل تغییر-سئوالات
۸۸	۱-۱-۴- تمرین گروهی مراحل تغییر-پاسخها
۹۰	۱-۱-۵- بی میلی به تغییر
۹۱	۱-۱-۶- فهرست نمودن حمایتها
۹۲	۱-۱-۷- تبادل اطلاعات
۹۳	۱-۱-۸- رویکرد بیمار مرکز
۹۴	۱-۱-۹- ایجاد رابطه یاری رسان (همدلانه)
۹۶	۱-۱-۱۰- مهارتهای توانمندسازی برای تغییر
۱۰۳	۱-۱-۱۱- افزایش وزن
۱۰۴	۱-۱-۱۲- پاسخ به سئوالات متقاضیان ترک در مورد ترک دخانیات
۱۰۹	مراجع

پیشگفتار

یکی از برنامه های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و انتشار رهنمودهای مربوط به حوزه ها و زمینه های مختلف بهداشت محیط و حرفه ای و سایر موضوعات مرتبط است که با بهره گیری از توان علمی و تجربی همکاران متعددی از سراسر کشور، انجام شده است. در این راستا سعی شده است ضمن بهره گیری از آخرین دستاوردهای علمی، از تجربه کارشناسان و متخصصین حوزه ستادی مرکز سلامت محیط و کار نیز استفاده شود و در مواردی که در کشور قوانین، مقررات و دستورالعمل های مدونی وجود دارد در تدوین و انتشار این رهنمودها مورد استناد قرار گیرد. تمام تلاش کمیته های فنی مسئول تدوین رهنمودها این بوده است که محصولی فاخر و شایسته ارائه نمایند تا بتواند توسط همکاران در سراسر کشور و کاربران سایر سازمان ها و دستگاههای اجرائی و بعضاً عموم مردم قابل استفاده باشد ولی به هر حال ممکن است دارای نواقص و کاستی هایی باشد که بدینوسیله از همه متخصصین، کارشناسان و صاحبانظران ارجمند دعوت می شود با ارائه نظرات و پیشنهادات خود ما را در ارتقاء سطح علمی و نزدیکتر کردن هر چه بیشتر محتوای این رهنمودها به نیازهای روز جامعه یاری نمایند تا در ویراست های بعدی این رهنمودها بکار گرفته شود.

با توجه به دسترسی بیشتر کاربران این رهنمودها به اینترنت، تمام رهنمودهای تدوین شده بر روی تارگاہ های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وبدا)، معاونت بهداشتی، پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز سلامت محیط و کار قرار خواهد گرفت و تنها نسخ بسیار محدودی از آنها به چاپ خواهد رسید تا علاوه بر صرفه جویی، طیف گسترده ای از کاربران به آن دسترسی مداوم داشته باشند.

اکنون که با یاری خداوند متعال در آستانه سی و چهارمین سال پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی این رهنمودها آماده انتشار می گردد، لازم است از زحمات کلیه دست اندرکاران تدوین و انتشار این رهنمودها صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این رهنمودها یاری خواهند نمود، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

دکتر کاظم ندافی

رئیس مرکز سلامت محیط و کار

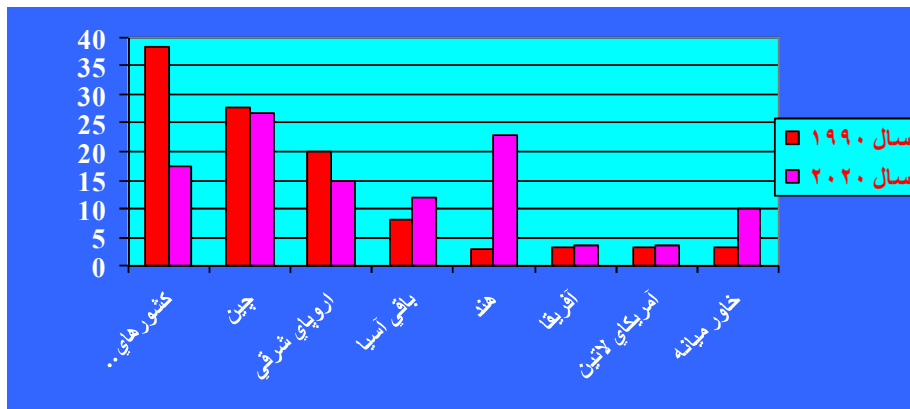
۱- مقدمه

استعمال دخانیات شایع ترین عامل قابل پیشگیری مرگ و ناتوانی و دومین علت اصلی مرگ در جهان است. در حال حاضر، استعمال دخانیات مسئول یک مورد از هر ده مورد مرگ افراد بزرگسال است و به این ترتیب سالانه حدود ۶ میلیون مرگ در اثر مصرف دخانیات در سراسر جهان رخ می دهد. اگر روند کنونی مصرف دخانیات ادامه یابد، تعداد مرگ های ناشی از مصرف دخانیات در سال ۲۰۲۰ به ۸ میلیون نفر در سال خواهد رسید. نیمی از یک میلیارد و سیصد میلیون افرادی که هم اکنون سیگار می کشند، در نهایت به علت مصرف سیگار جان خود را از دست خواهند داد.

مصرف دخانیات چهارمین عامل خطر بار بیماری در کل جهان به شمار می رود. علاوه بر هزینه های اولیه ناشی از مصرف دخانیات و هزینه های درمانی بیماری های مرتبط با مصرف آن، به علت اینکه عوارض دخانیات عمدتاً در سنین بهره دهی و فعالیت افراد خود بروز می کند، خانواده ها را از وجود نان آور هایشان محروم نموده و باعث افت نیروهای کار سالم در جوامع می شود. هزینه های ناشی از مصرف دخانیات بسیار زیاد است، به علاوه افراد سیگاری در طول زندگی شان نیز به علت بیماری، بهره وری کمتری دارند. براساس تخمینی در سال ۱۹۹۴ هزینه های خالص به هدر رفته در اثر استعمال دخانیات بیش از ۲۰۰ میلیارد دلار در سال بوده است.

دخانیات موجب ۲۵-۱۲ درصد مرگها در کشورهای صنعتی است. در سال ۱۹۹۰ دخانیات موجب ۲/۶ درصد بیماری ها در جهان بوده است، تا سال ۲۰۲۰ دخانیات موجب ۹ درصد کل صدمات جهانی یا ۱۳ درصد بیماری ها و مرگ بالغین خواهد بود.

مقایسه میزان مرگ های ناشی از سیگار و تغییرات آن از ۱۹۹۰-۲۰۲۰



همانگونه که نمودار بالا نشان می دهد طی سال های پیش رو میزان مرگ های ناشی از استعمال دخانیات در کشورهای پیشرفته بیش از ۵۰ درصد کاهش یافته و در کشورهای در حال توسعه به عکس افزایش می یابد. این مرگ ها در کشورهای منطقه خاورمیانه که ایران نیز یکی از آنها است به میزان سه برابر طی سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت. لذا از این پس کشورهای در حال توسعه با مشکلات بیشتری در خصوص استعمال دخانیات و بیماری ها و ناتوانی ها و مرگ های ناشی از آن مواجه خواهند بود.

استعمال دخانیات و فقر رابطه تنگاتنگی با هم دارند. مطالعات متعدد نشان داده اند که در فقیر ترین خانوارها در بعضی از کشورهای کم در آمد حدود ۱۰ درصد از کل هزینه های خانوار صرف استعمال دخانیات می شود، این بدان معنی است که این خانوارها پول کمتری برای تامین نیازهای اساسی شان از قبیل غذا، آموزش و خدمات بهداشتی درمانی دارند که باز در نتیجه عدم آموزش و بیماری، فقر آنها تشدید می شود.

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، در کشور ما سالانه ۳۶ هزار مرگ بعلت بیماری های وابسته به دخانیات روی می دهد و در صورت تداوم روند جاری، در ۲۰ سال آینده به میزان ۲۰ هزار مرگ در سال افزایش خواهد یافت. نتایج مطالعه سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ نشان می دهد که در ایران ۱۴/۶ درصد از افراد ۱۵-۶۹ ساله کشور سیگار می کشیدند و متوسط مصرف آنها ۱۳/۶ نخ در روز بود. روزانه حدود ۶۸ میلیون نخ سیگار در ایران استعمال می شد که هزینه آن بالغ بر ۹/۳ میلیارد ریال می گردید. ۶۶/۳ درصد از افراد (۷۰/۶ درصد مردان و ۳۴/۹ درصد از زنان) سیگاری سن شروع سیگار کشیدن را بین ۲۴-۱۵ سالگی (سن گذراندن دوره دبیرستان، سربازی، دانشگاه یا ...) ذکر کرده بودند. یک مطالعه روی افراد سیگاری شهر تهران در سال ۱۳۸۳ نشان داده است که سیگاری ها به طور متوسط روزانه ۴۶۸ تومان برای مصرف سیگار هزینه می کردند.

براساس نتایج مطالعات نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر که بصورت جمعیت محور و در بالغین ۶۴-۱۵ ساله و با نمونه گیری خوشه ای بر روی حجم نمونه ای ۳۰ هزار نفری در سال ۱۳۸۸ انجام شده است، ۱۰/۸۲٪ از جمعیت هر روز سیگار می کشند (۲۰/۳۹ درصد مردان و ۱/۰۲ درصد زنان). متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی ۱۳/۱۰ نخ در روز می باشد.

براساس سالنامه آماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران ۵۲۸۱۴۱۵۳ نفر از جمعیت کشور در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر زندگی می کنند. با احتساب شیوع ۱۰/۸ درصد استعمال دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور، ۵۷۱۴۴۹۲ نفر سیگاری در این گروه سنی حضور دارند که انتظار می رود در صورت

عدم تغییر در عادت استعمال دخانیات خود، نیمی از آنها طی ۲۰ سال آینده به کام مرگ فرو روند. درمان این همه گیری خانمان برانداز به دارو و واکسن وابسته نیست بلکه منوط به عملکرد هماهنگ دولت ها و جوامع مدنی است. راه اندازی و توسعه خدمات ترک سیگار در قالب روش های مختلف کمک به مصرف کنندگان مواد دخانی برای ترک اعتیاد خود، یکی از شیوه های موثر در کاهش شیوع استعمال دخانیات و پیشگیری از مرگ های ناشی از آن است. موفقیت در این امر نیازمند خواست قدرتمند رهبران سیاسی و مشارکت مردم است. در راهنما تلاش گردیده است تا ضمن معرفی سیاست های کلی کنترل دخانیات، اصول به اجرا در آوردن این سیاست ها در جهت توانمندسازی متخصصین بهداشتی به ویژه پزشکان در اختیار قرار گیرد.

۲- تعاریف و مفاهیم پایه :

بطور کلی انسان ها از نظر وضعیت استعمال دخانیات به دو گروه سیگاری (بطور کلی منظور مصرف کننده هر نوع ماده دخانی است) و غیر سیگاری (بطور کلی منظور هر نوع ماده دخانی است) دسته بندی می شوند. تعاریف مربوط به این دو گروه به قرار زیر است :

۲-۱-۱- فرد سیگاری: کسی است که در زمان بررسی تعداد حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل وزنی توتون موجود در ۱۰۰ نخ سیگار را از سایر انواع فرآورده های دخانیات را مصرف نموده و در حال حاضر نیز بطور روزانه یا گهگاه مصرف را ادامه می دهد.

سیگاری ها خود به دو گروه تقسیم می شوند :

۲-۱-۱-۱- مصرف کنندگان هر روزه (Daily Smokers): افرادی که نوعی از فرآورده های دخانی را حداقل یکبار در روز مصرف می کنند (افرادی هم که هر روز از مواد دخانی استفاده می کنند اما در مواقعی مانند ماه رمضان خودداری می کنند، همچنان جزء این گروه طبقه بندی می شوند).

۲-۱-۱-۲- مصرف کنندگان گهگاهی (Occasional Smokers): افرادی که سیگار می کشند اما نه بطور روزانه که خود در سه گروه طبقه بندی می شوند :

• **کاهش دهنده ها (Reducers):** افرادی که به مصرف روزانه عادت داشته اند اما در حال حاضر هر روز مواد دخانی مصرف نمی کنند.

• **مصرف مداوم گهگاهی (Continuing Occasional):** افرادی که هرگز بطور هر روز از مواد دخانی استفاده نکرده اند اما ۱۰۰ عدد یا بیشتر سیگار (یا معادل آن از هر نوع مواد دخانی) مصرف نموده اند و حالا گهگاه مصرف می کنند.

- **تجربه کرده ها (Experimenters):** افرادی که کمتر از ۱۰۰ عدد سیگار (یا معادل آن از هر نوع مواد دخانی) مصرف کرده اند و در حال حاضر گهگاهی مصرف می کنند.
 - ۲-۲-۲ **فرد غیر سیگاری (Non-smoker):** افرادی که در زمان بررسی بطور کلی از مواد دخانی استفاده نمی کنند و در سه گروه دسته بندی می شوند:
 - ۲-۲-۱ **ترک کرده ها (Ex-smokers):** افرادی که قبلا بطور روزانه سیگار مصرف می کرده اند ولی در حال حاضر مصرف نمی کنند.
 - ۲-۲-۲ **هرگز مصرف نکرده ها (Never-smokers):** افرادی که یا هرگز سیگار مصرف نکرده اند و یا هرگز سیگاری روزانه نبوده اند و در طول زندگی خود کمتر از ۱۰۰ نخ سیگار (یا معادل آن از هر نوع مواد دخانی) استفاده کرده اند.
 - ۲-۲-۳ **سیگاری های گهگاهی ترک کرده (Ex-occasional Smokers):** افرادی که قبلا گاهی سیگار کشیده اند اما هرگز روزانه مصرف نکرده اند و ۱۰۰ نخ سیگار (یا معادل آن از هر نوع مواد دخانی) در طول زندگی خود مصرف کرده اند.
- بنابر تعاریف فوق می توان به این نتیجه رسید که **سیگاری** به کسی گفته می شود که در طول عمر خود حداقل ۱۰۰ نخ سیگار (یا معادل آن از هر نوع ماده دخانی) مصرف کرده باشد و اکنون نیز به هر ترتیبی خواه به شکل **هر روز** یا **گاهگاه** به این عادت خود ادامه دهد.

۳- گیاه توتون یا تنباکو

گیاه تنباکو بومی نیمه غربی کره زمین است. کریستف کلمب با این گیاه در آمریکا و از طریق بومیان این قاره آشنا شد و آن را به اروپا منتقل نمود. خانواده گیاهی نیکوتین نام خود را از پزشک فرانسوی Jean Nicot به عاریت گرفته است که برای اولین بار در مورد آن به تحقیق پرداخت و آلکالوئید فعال آن نیکوتین نام گرفت. دو گونه اصلی از این گیاه موجود است:



- *Nicotiana tobacum*: دارای برگ های بزرگ که خاستگاه آن آمریکای جنوبی است.
- *Nicotiana rustica*: دارای برگ های کوچک که خاستگاه آن آمریکای شمالی و غرب آمریکا است.

نیکوتین الکتالوئید فعال موجود در برگ توتون است که به عنوان محرک و در عین حال سرکوبگر گانگلیونی عمل می کند و ایجاد وابستگی و اعتیاد در فرد مصرف کننده می نماید و فرمول شیمیائی آن به شکل زیر است.



محصولات حاصل از توتون را مواد دخانی یا دخانیات می نامند. این محصولات براساس نوع مصرف به دو گروه عمده تقسیم می شوند: انواع تدخینی و انواع غیر تدخینی.

۳-۱- انواع تدخینی محصولات دخانی

عبارتند از:

۳-۱-۱- سیگار که در ایران به نام سیگار شناخته شده اند (Cigarette) تنباکوی پیچیده شده در کاغذ که توسط ماشین تولید می شود.



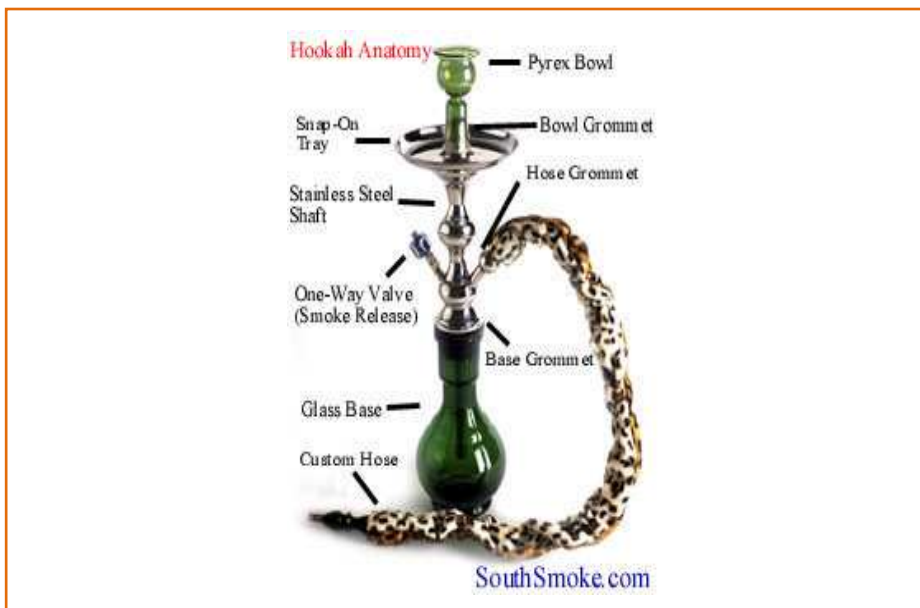
۳-۱-۲- سیگار که در ایران به نام سیگار برگ شناخته شده است (Cigar)



۳-۱-۳- پیپ



۳-۱-۴- قلیان (Water Pipe or Hookah) که اختصاصاً اختراع ایرانیان برای مصرف تنباکو است و استعمال آن در منطقه خاورمیانه شایع است. نوعی پیپ آبی است. از یک مخزن برای آب و دهانه ای در راس آن که یک دسته چوبی بلند در آن تعبیه شده است، تشکیل می شود.



۳-۱-۵- چپقی

۳-۱-۶- سیگارت (سیگار) دست پیچ

۳-۱-۷- Cheroots: سیگاری که هر دو انتهای آن به شکل مربع بریده شده است.

۳-۱-۸- Cigarillos: سیگار کوچک، باریک و ظریف (سیگار اسپانیایی)

۳-۱-۹- بیدی (bidis) سیگارهای کوچک دست پیچ که در یک قطعه برگ خشک Temburni با یک نخ کوچک بسته شده است. بیدی یا سیگار هندی به میزان وسیعی در مناطقی از آسیای جنوب شرقی مصرف می شود. بیدی شایع ترین فرآورده تدریجی دخانیات در هندوستان است.

۳-۱-۱۰- Chilum: یک پیپ مستقیم مخروطی که از خاک رس ساخته شده است. مردان مناطق

روستائی شمال هند در دود کردن آن مهارت دارند. این پیپ بطور عمودی نگهداشته می شود و برای پیشگیری از ورود تنباکو به دهان یک سنگریزه در راس آن جاسازی می شود. دهانه پیپ معمولاً با تنباکو انباشته می شود و قسمت دهانی با یک قطعه پارچه مرطوب برای محافظت دهان از گرما پوشیده می شود و به عنوان فیلتر نیز عمل می کند.

۳-۲- انواع غیر تدخینی محصولات دخانی

۳-۲-۱- انفیه دهانی (Oral Sniff)

۳-۲-۲- انفیه بینی (Nasal Sniff)

۳-۲-۳- تنباکوی جویدنی (Chewing Tobacco) در شرق ایران و بیشتر با نام «ناس» در میان افغانه شیوع مصرف دارد. نوع دیگری از آن ترکیبی از میوه درخت آرکا به نام Areca Nut با برگ های فوفل، آهک و تنباکو است که پان (Pan) نامیده می شود و مخصوصاً در منطقه آسیای جنوب شرقی مصرف می شود که اخیراً در مناطق شرقی ایران نیز دیده شده است. در شمال شرقی هند مصرف آرکای تخمیر یافته تحت عنوان تامول (Tamol) شایع است.

۳-۲-۴- جویدن برگ گیاه Betel این نیز نوعی پان است که از ترکیب آرکونات، آهک، تنباکو و مواد معطر مرطوب که در برگ Betel پیچیده شده است، تهیه می گردد. در بنگلادش، کلمبیا، هند، مالزی، سریلانکا و سایر کشورهای جنوب شرق آسیا مصرف آن شایع است.

۴- مواد موجود در دود سیگار

هر نخ سیگار حاوی مواد مختلفی است. اگرچه در نگاه اول سیگار تنها حاوی توتون و کاغذ است اما در واقع مواد گوناگون دیگری نیز در یک نخ سیگار وجود دارند. به توتون موجود در سیگار مواد شیمیائی خاصی اضافه می شود که در بین مردم به اسانس معروف هستند. این افزودنی های شیمیائی باعث ایجاد طعم خاص هر سیگار می شوند. برای چسباندن لبه های کاغذی که توتون در داخل آن پیچیده شده است از چسب استفاده می شود. اگر به بدنه سیگار خودتان توجه کنید خطوط آبی رنگ بسیار نازکی را می بینید که در تمام طول بدنه سیگار دورتادور محیط سیگار را دربر گرفته اند، این خطوط حاوی ترکیبات گوگرد هستند که برای دوام و پایداری آتش نوک سیگار در فاصله زمانی بین دو پُکی که به سیگار می زنید تعبیه شده اند. تمامی موادی که در بالا به آنها اشاره شد به همراه توتون طی فرآیند سیگار کشیدن می سوزند و دود سیگار ترکیبی از مواد گوناگون است که از

سوخت ناقص برگ توتون حاصل می شود. دمای نوک مشتعل سیگار ۹۰۰ درجه سلسیوس است. سوختن توتون در این دمای بالا یک سوختن معمولی نیست و از سوخت ناقص اجزاء توتون مواد شیمیائی مختلفی تولید می شود. علاوه بر این دود حاصل از سوختن توتون در حین عبور از بدنه سیگار برای رسیدن به دهان فرد سیگاری بر روی توتون های بین راه رسوب می کند و با رسیدن آتش سیگار به توتون های حاوی رسوب مواد تولید شده از سوختن قبلی مجدداً آنها می سوزند که این سوختن مجدد موجب تولید مواد جدیدتری می شود و این چرخه تا اتمام مصرف یک نخ سیگار ادامه می یابد و تکرار می شود. چنانچه ملاحظه فرمودید ترکیبات موجود در یک سیگار در طی فرآیند کشیدن سیگار بصورت چندین بار می سوزند و هر بار از سوختن آنها مواد جدیدی تولید می شوند. لذا دود حاصل از سوختن توتون در سیگار و سایر مواد دخانی، واجد بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیائی است که از این میان بیماریزائی ۴۰۰ ماده به اثبات رسیده است که بیش از ۴۰ مورد از آنها سرطانزاهستند.

۴-۱- جریان دود سیگار از سه قسمت تشکیل می شود :

۴-۱-۱- **جریان دود اصلی:** این قسمت از دود سیگار، بخشی از دود است که از درون سیگار و از لابلای توتون ها عبور می کند و پس از آن وارد دهان فرد سیگاری و به دنبال آن وارد ریه فرد سیگاری می شود. این قسمت از دود سیگار موجب بروز بیماری ها در فرد سیگاری می شود.

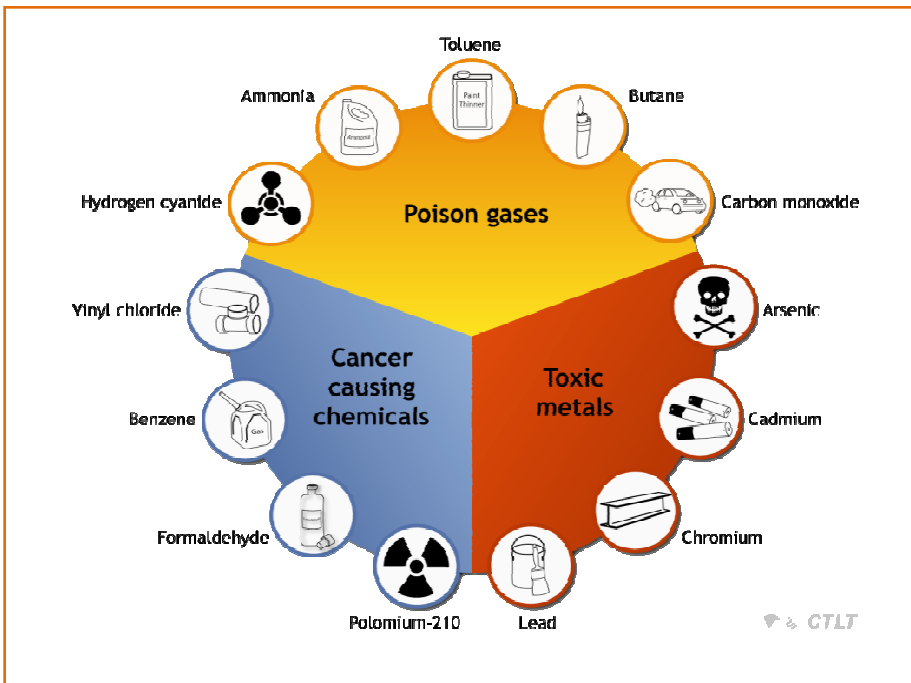
۴-۱-۲- **جریان دود فرعی:** این قسمت از دود سیگار، دودی است که مستقیماً از نوک روشن و مشتعل سیگار وارد هوا می شود و توسط اطرافیان فرد سیگاری استشاق می گردد و موجب بروز بیماری های مختلف در آنها می شود. غلظت بعضی از مواد سمی موجود در دود فرعی چندین برابر دود اصلی و دود حاصل از بازدم فرد سیگاری بدنبال پُک زدن به سیگار است و این سموم آثار زیانبار متعددی را برای اطرافیان فرد سیگاری به همراه دارند.

۴-۱-۳- **جریان دود بازدمی:** جریان دودی است که هنگام بازدم پس از پُک زدن به سیگار از ریه فرد سیگاری خارج می گردد و وارد محیط می شود و توسط اطرافیان فرد سیگاری نیز استشاق می شود. اگر چه به علت تبادل بخشی از مواد سمی موجود در دود سیگار در ریه فرد سیگاری با جریان خون وی غلظت مواد سمی در این جریان دود کمتر از دو جریان دیگر است اما مواد جدیدی از جمله ترکیبات نیتروزآمین تحت تاثیر آنزیم های ریوی ساخته و به این ترکیب دود اضافه می شوند. چنانکه می دانید نیتروزآمین ها مهمترین عوامل خطر ایجاد سرطان های دستگاه گوارش هستند.

۲-۴- دود سیگار را از نظر ماهیت فیزیکی آن می توان به دو بخش تقسیم نمود:

۲-۴-۱- **بخش گازی:** تقریباً ۹۵-۹۲ درصد از کل وزن دود سیگار در پایه گازی آن وجود دارد. نیتروژن، اکسیژن، مونواکسید کربن و دی اکسید کربن ۸۵ درصد از وزن دود سیگار را تشکیل می دهند.

۲-۴-۲- **بخش ذره ای:** بخش ذره ای دود سیگار ۵ درصد از کل وزن دود سیگار را تشکیل می دهد. این بخش حاوی موادی نظیر قطران؛ که مهمترین سرطانزای شناخته شده در طبیعت است و نیکوتین و بسیاری مواد دیگر می باشد که در زیر به اختصار در مورد بعضی از این مواد چه در بخش گازی و چه در بخش ذره ای توضیحات بیشتری را ارائه می نمایم.



کسی که در روز یک بسته سیگار می کشد، در سال بیش از ۷۰,۰۰۰ پیک به سیگار می زند و مخاط دهان، بینی، حلق و راههای هوایی و ریه خود را در معرض مکرر دود سیگار و ترکیبات موجود در آن قرار می دهد. بسیاری از این ترکیبات مستقیماً بر روی این مخاط نشسته و آن را تحت تاثیر قرار می دهند و تعدادی از آنها یا در خون حل شده و وارد گردش خون می شوند یا در بزاق

حل شده و بلعیده می شوند. که این دو قسمت مسئول آثار و عوارض سیستمیک و گوارشی استعمال مواد دخانی هستند.

اکنون به توضیح تعدادی از مواد موجود در دود سیگار و عوارض زیانبار آنها بر سلامتی فرد سیگاری می پردازیم:

• مونواکسید کربن (CO):

مونواکسید کربن یگ گاز سمی است که در انتقال و مصرف اکسیژن تداخل می کند. میل ترکیبی مونواکسید کربن با هموگلوبین که مسئول انتقال اکسیژن از ریه به بافتها و اعضای بدن است؛ ۲۰۰ برابر میل ترکیبی اکسیژن با هموگلوبین است. بنابراین در صورت حضور همزمان اکسیژن و مونواکسید کربن در مجاورت هموگلوبین، این ماده تمایل بیشتری به اتصال با مونواکسید کربن دارد و ظرفیت حمل اکسیژن هموگلوبین در این حالت کاهش می یابد. چون دود سیگار حاوی ۶-۲ درصد مونواکسید کربن است، سیگاری ها غلظتهای بالائی از این ماده را استنشاق می کنند و در نتیجه سطح کربوکسی هموگلوبین (ماده حاصل از ترکیب مونواکسید کربن و هموگلوبین) در خونشان از غیر سیگاری ها بسیار بالاتر است بطوریکه سطح کربوکسی هموگلوبین در خون غیر سیگاری ها ۱ درصد و در خون سیگاری ها بسته به تعداد سیگار مصرفی بین ۱۵-۲ درصد است. کربوکسی هموگلوبین موجود در خون سیگاری ها موجب کاهش ظرفیت اکسیژن رسانی خون سیگاری ها به بافتها و اعضا می شود و این خود کاهش اکسیژن در بافتها و اعضا می شود که دلیل کبودی لبها و ناخنها و سایر مخاط های افراد سیگاری شده همچنین بطور مستقیم به دیواره عروق صدمه می زند و موجب افزایش خطر لخته شدن خون در داخل عروق فرد سیگاری و بدنبال آن بروز سکته قلبی و مغزی می شود. بدن در پاسخ به این کاهش میزان اکسیژن و به منظور جبران آن اقدام به تولید بیشتر گلبول قرمز در مغز استخوان می نماید تا هموگلوبین بیشتری وارد جریان خون شود و توانائی حمل اکسیژن به بافتها توسط خون افزایش یابد. افزایش تعداد گلبولهای قرمز موجب افزایش غلظت خون افراد سیگاری می شود که نتیجه آن نیز افزایش احتمال لخته شدن خون در داخل عروق و افزایش خطر سکته قلبی و مغزی می گردد. بنابراین ملاحظه فرمودید که مونواکسید کربن به چه ترتیبی خطر سکته های قلبی و مغزی را در افراد سیگاری افزایش می دهد.

• نیکوتین:

نیکوتین یک ماده شیمیائی موجود در برگ توتون است که هم در دود ناشی از سوختن توتون در سیگار و سایر انواع کشیدنی مواد دخانی موجود است و هم در انواع جویدنی توتون در شیره حاصل

از جویدن توتون وجود دارد. نیکوتین ماده ای بسیار سمی است که تزریق تنها ۶۰ میلی گرم از آن در خون که معادل یک قطره بزرگ نیکوتین است، موجب مرگ انسان یا هر موجود زنده دیگری می شود. هم اکنون از نیکوتین در حشره کشها استفاده می شود. نیکوتین با تحریک ترشح موادی به نام کاته کولامین در بدن موجب بالا رفتن ضربان قلب و به دنبال آن فشار خون فرد سیگاری می شود. همچنین نیکوتین موجود در توتون به واسطه همین مواد یعنی کاته کولامین ها موجب افزایش مختصری در قند خون نیز می شود. بنابراین وقتی فرد سیگاری کسل و خواب آلود یا غمگین است سیگار کشیدن با بالا بردن فشار خون و قند خون باعث می شود تا فرد سیگاری احساس کند که سر حال آمده است. از سوی دیگر وقتی فرد هیجان زده است نیکوتین روی گیرنده های دیگری در مغز اثر می کند و موجب ترشح ماده ای به نام سروتونین می شود که این ماده موجب ایجاد آرامش در انسان می شود. پس فرد سیگاری به مرور زمان یاد می گیرد که در وضعیت های مختلف سیگار برای وی لذت بخش است و به ظاهر در کنترل احساسات و هیجانانش به او کمک می کند و به این ترتیب به سمت سیگار تمایل پیدا می کند. اما به مرور زمان بدن فرد نسبت به این اثرات سیگار مقاومت پیدا می کند و برای کسب لذت اولیه ناشی از سیگار کشیدن باید تعداد بیشتری سیگار و با فواصل کوتاه تر مصرف کند و به این ترتیب به سیگار اعتیاد پیدا می کند. پس از شکل گیری اعتیاد به سیگار در صورت قطع مصرف سیگار فرد سیگاری علائم ناراحت کننده ای را تجربه می کند که به آن سندرم ترک نیکوتین می گویند. این علامتها با مصرف مجدد سیگار بلافاصله برطرف می شوند و فرد سیگاری متوجه می شود که ترک سیگار برای او سخت و همراه با ناراحتی است. در زنان نیکوتین با کاهش ترشح هورمون زنانه استروژن موجب یائسگی زودرس می شود.

• قطران

خطرناک ترین ماده شیمیائی موجود در دود سیگار قطران است. در واقع قطران شناخته شده ترین ماده سرطانزای موجود در جهان است و عامل اصلی ایجاد سرطان ریه و بسیاری از بیماری های ریوی در سیگاری ها همین ماده است. قطران موجب فلج مژک های تنفسی در راههای هوایی می شود و به این ترتیب مانع پاکسازی ریه از سموم و ناخالصی ها و آلودگی های موجود در دود سیگار و هوای استنشاقی می گردد. قطران با تاثیر مستقیم خود بر کیسه های هوایی موجب تخریب این کیسه ها و کاهش کارآئی سیستم تنفسی می شود. همچنین قطران با تضعیف سیستم ایمنی بدن موجب کاهش توان دفاعی بدن برای مقابله با میکروب ها می شود. لذا سیگاری ها بیشتر از غیر سیگاری ها به بیماری های عفونی از جمله عفونت ریه یا پنومونی، سل و ایدز مبتلا می شوند.

اجزاء دود سیگار

بخش گازی (۸۵ درصد)		بخش ذره ای (۱۵ درصد)	
ماده	اثر	ماده	اثر
مونواکسید کربن	اختلال در حمل اکسیژن	قطران یا تار	سرطانزا
اسید هیدرو	سرطانزا و محرک	هیدروکربن های چند هسته ای	سرطانزا
سیانیک	سرطانزا و محرک	نیکوتین	محرک و سرکوبگر
استالدئید	سرطانزا و محرک	فنل	گانگلیونی،
آکروئین	سرطانزا و محرک	کرزول	سرطانزا و محرک
آمونیم	سرطانزا و محرک	بتا- نفتیل آمین	سرطانزا و محرک
فرمالدئید	سرطانزا و محرک	ان- نیتروز نور نیکوتین	سرطانزا
اکسیدهای نیتروژن	سرطانزا	فلزات کمیاب (نیکل،	سرطانزا
نیتروزامینها	سرطانزا	آرسنیک، پلونیوم ۲۱۰)	سرطانزا
هیدرازین	سرطانزا	ایندول	سرطانزا
کلرید وینیل		کاربازول	تسریع کننده تومور
		کته کول	تسریع کننده تومور
			سرطانزا



۵- سیگار و بیماریها

۵-۱- بیماری های ناشی از استعمال دخانیات

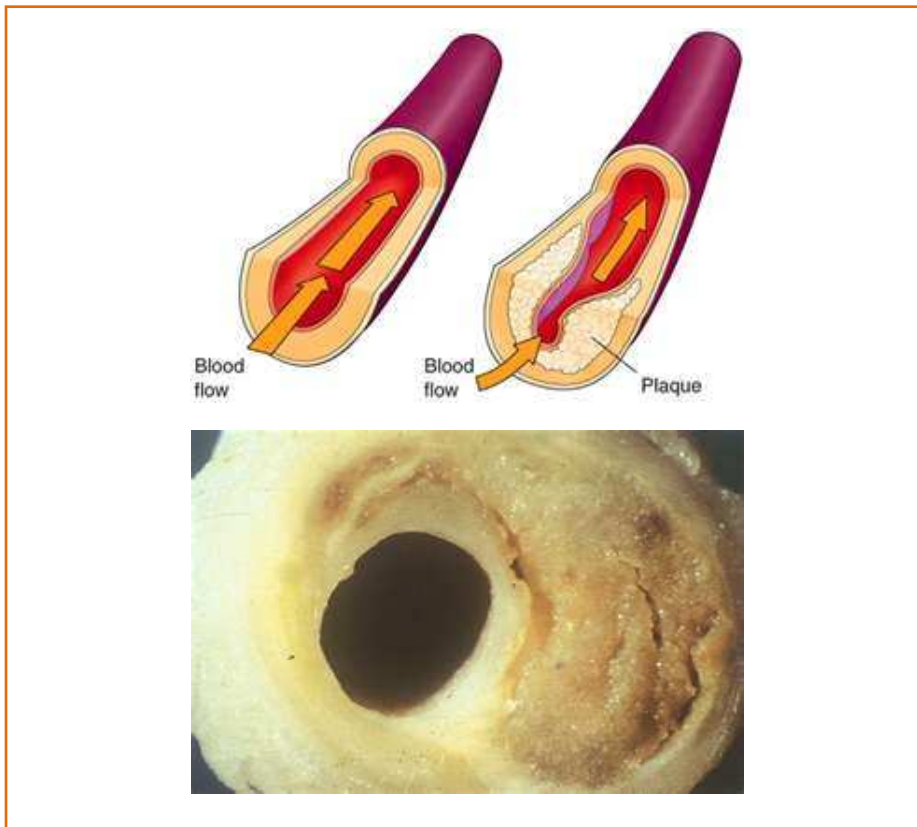
استعمال دخانیات شایع ترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر و ناتوانی در جهان است. براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۰ میلادی سالانه ۴ میلیون مرگ در جهان رخ داده است که از این تعداد ۲ میلیون مرگ در کشورهای توسعه یافته و ۲ میلیون مرگ دیگر در کشورهای در حال توسعه بروز نموده اند. سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند که در صورت ادامه روند کنونی استعمال دخانیات طی ۲۵ سال آینده ۱۰ میلیون مرگ به علت ابتلا به بیماری های ناشی از استعمال دخانیات روی خواهد داد که از این تعداد ۷ میلیون مرگ در کشورهای توسعه یافته و ۳ میلیون مرگ در کشورهای توسعه یافته بوقوع می پیوندد. بنابراین طی سال های پیش رو مشکل استعمال دخانیات و بیماری های ناشی از آن مشکل کشورهای در حال توسعه است که کشور ما ایران نیز یکی از این کشورها است. استعمال دخانیات بیماری های متعددی را موجب می گردد که در زیر به بررسی اجمالی تعدادی از آنها می پردازیم.

۵-۱-۱- بیماری های کشنده مرتبط با استعمال دخانیات

• بیماری های قلبی - عروقی

سیگار کشیدن از عوامل خطر اصلی در ایجاد بیماری های قلبی - عروقی است. سیگار کشیدن با مکانیسم های مختلفی می تواند سبب ایجاد بیماری های قلبی - عروقی گردد. نیکوتین مونواکسید کربن با صدمه مستقیم به دیواره عروق، دیواره شریان طبیعی را تخریب و موجب ورود مواد چربی به داخل دیواره زخمی رگ و ضخیم شدن و تنگی و در نهایت انسداد کامل شریان می گردد. همچنین نیکوتین موجود در دود سیگار با آزادسازی موادی در خون به نام کاته کولامین موجب افزایش ضربان قلب و فشار خون شده نیاز عضله قلب را به اکسیژن افزایش می دهد این در حالی است که مونواکسید کربن موجود در دود آن ظرفیت حمل اکسیژن را در خون کاهش می دهد و لذا علیرغم نیاز بیشتر عضله قلب به اکسیژن به علت کمبود اکسیژن خون عضله قلب صدمه می بیند. نیکوتین دود سیگار چربی های خون را بالا می برد که رسوب چربی ها در دیواره عروق آسیب دیده سیگاری ها را تشدید می کند و مونواکسید کربن به علت کاهش ظرفیت اکسیژن رسانی خون موجب افزایش جبرانی تولید گلبول های قرمز و به دنبال آن افزایش غلظت خون می شود که موجب

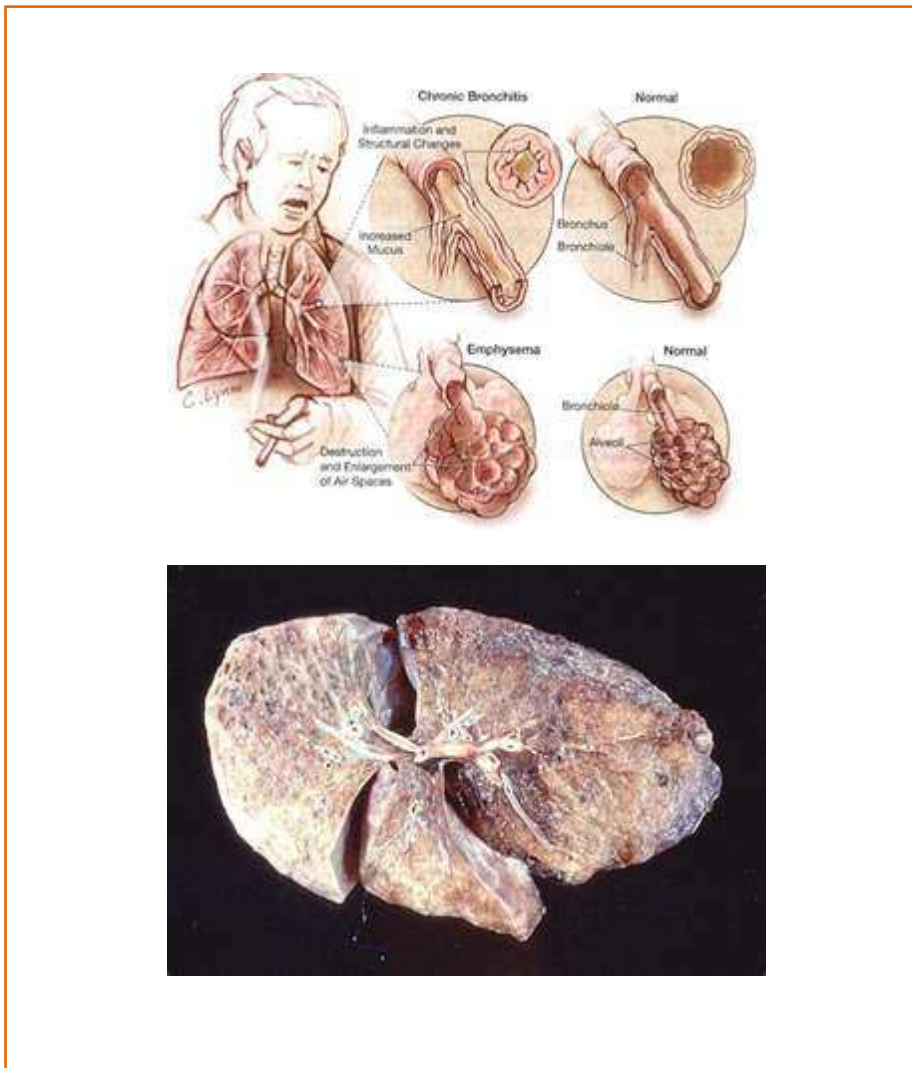
افزایش احتمال انعقاد خون در داخل عروق افراد سیگاری می شود. عوامل فوق امکان بروز سکنه های قلبی را در افراد سیگاری بالا می برند و سیگاری ها در سنین پائین تری نسبت به غیر سیگاری ها به بیماری های قلبی مبتلا می شوند.



• بیماری های انسدادی مزمن ریه (COPD)

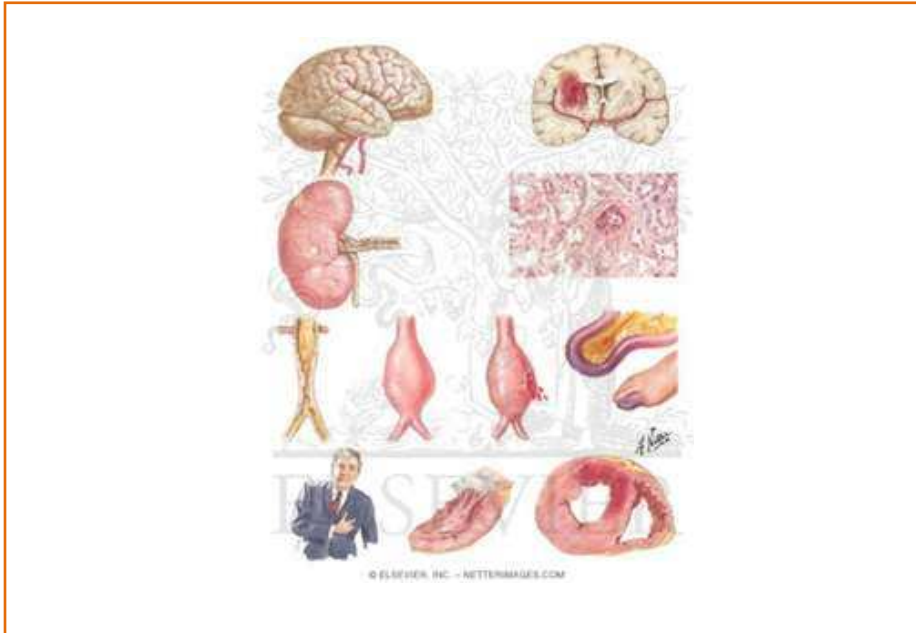
سیگار کشیدن عامل خطر اصلی در ایجاد بیماری های انسدادی مزمن ریه است. مواد محرک موجود در دود تنباکو (قطران و گاز سیانید) مسئول بروز آمفیزم و برونشیت هستند. این مواد عمل موهای کوچک به نام مژک را که ریه ها را از مواد آلاینده پاک می کنند، متوقف می نمایند. همچنین سبب ترشح بیشتر موکوس توسط غدد برونشی می شوند. وقتی که مژک ها غیر فعال می شوند؛ فرآیند پاکسازی ریه ها از موکوس اضافی، قطران و سایر ناخالصی ها مختل گردیده اجباراً بصورت سرفه بروز می کند. پس دانستیم که چرا سیگاری ها بیشتر از غیر سیگاری ها سرفه می کنند و خلط بیشتری

تولید می کنند. سایر علائم تنفسی شامل تنگی نفس، احساس سنگینی و فشار در قفسه سینه، خس خس، درد سینه، سینوزیت های مکرر و سرماخوردگی های مکرر است. تقریباً تمام بیماران مبتلا به آمفیژم ریوی سیگاری هستند. آمفیژم ناشی از تخریب ریه است که خود می تواند از صدمه مستقیم دود سیگار، اکسیدان های موجود در دود سیگار یا تولید مواد واسطه ای التهابی باشد. سیگار همچنین عامل خطر عمده ای برای ابتلا به برونشیت مزمن است.



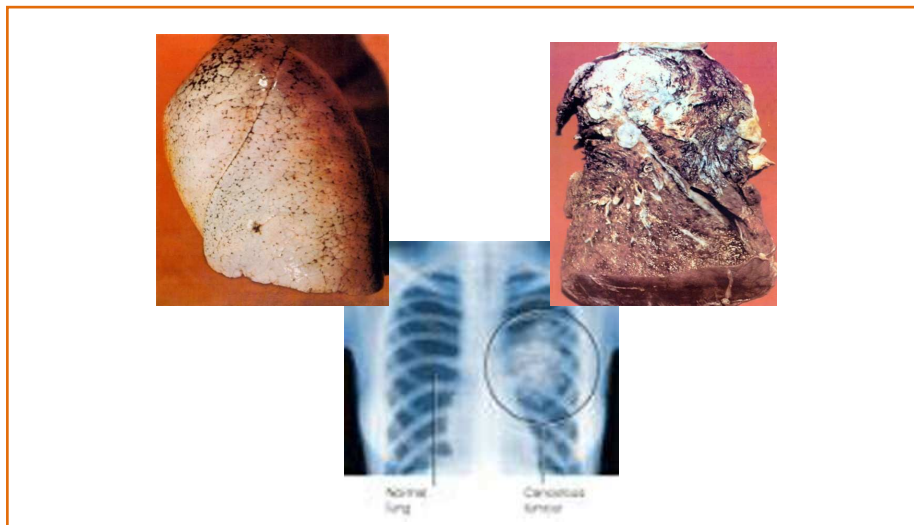
• سکته مغزی

تمامی سیگاری ها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا بروز حمله مغزی هستند. تصلب شرایین و افزایش احتمال ابتلا به فشار خون بالا در افراد سیگاری موجب افزایش احتمال بروز سکته های مغزی در افراد سیگاری می گردد.



• سرطان ریه

خطر ایجاد سرطان ریه حدود ۲۰ برابر در سیگاری ها بیشتر از غیرسیگاری ها است. درحقیقت سیگار کشیدن فاکتور خطر اصلی همراه با سرطان ریه است. این خطر در خانم ها حدود ۷۹ درصد و در آقایان ۹۰ درصد است. خطر ایجاد سرطان ریه مستقیماً با تعداد سیگارهای کشیده شده در روز، مدت سیگار کشیدن و میزان قطران و نیکوتین موجود در سیگارهای مصرف شده ارتباط دارد. اکثر کسانی که به علت سرطان ریه می میرند، سیگاری هستند. سیگاری های قهار ۲۵-۱۵ بار احتمال بیشتر برای مرگ ناشی از سرطان ریه نسبت به غیرسیگاری ها دارند و تنها ۲۰-۱۵ سال از سیگار کشیدن می گذرد تا سرطان ریه ایجاد شود و تعداد کمی از بیماران با این بیماری بیش از ۵ سال پس از تشخیص زنده می مانند. خطر سرطان ریه در کسانی که خود سیگاری نیستند اما با افراد سیگاری هم‌نشین هستند نیز افزایش می یابد.



• سرطان گردن رحم

سیگار از عوامل شناخته شده ایجاد سرطان گردن رحم است. احتمال ابتلا به سرطان گردن رحم در زنان سیگاری قهار (مصرف بیشتر از ۱۰ نخ سیگار در روز) ۸۰ درصد بیشتر از زنان غیرسیگاری است. نیکوتین و مواد موجود در دود سیگار از جمله قطران را در ترشحات دهانه رحم خانم های سیگاری پیدا کرده اند که افزایش بروز سرطان در زنان سیگاری را توجیه می کند.

• سایر سرطان ها

الف - سرطان های حفره دهان: سیگاری ها نسبت به غیر سیگاری ها با احتمال بیشتری به سرطان دهان، گلو و مری مبتلا می شوند. ترکیبات موجود در دود سیگار به ویژه قطران از قوی ترین سرطانزاهای حفره دهان هستند. همچنین ضایعات پیش سرطانی نظیر لکوپلاکی در سیگاری ها بیشتر از غیرسیگاری ها دیده می شوند.



ب- سرطان های دستگاه گوارش:

گیاه توتون بسیاری از آلودگی های آب و خاک را به خود جذب می نماید. یکی از این آلودگی ها ترکیبات نیتروژن یا ازت است که از سه راه وارد برگ گیاه توتون می گردد. اولین راه کودهای ازته ای است که به مزرعه توتون افزوده می شود. راه دوم سموم علف کشی است که به مزارع توتون اضافه می شود و سومین راه افزودن آمونیاک به برگ توتون در مراحل فرآوری توتون در کارخانه برای تولید توتون است. صنعت دخانیات دریافته است که افزودن آمونیاک موجب سه برابر شدن سرعت جذب نیکوتین موجود در مواد دخانی می گردد. نیتروژن موجود در دود مواد دخانی تحت تاثیر آنزیم های ریوی به نیکوتین نیتروزآمید تبدیل می گردد که در تمامی ترشحات بدن از جمله ترشحات گوارشی موجود است. نیتروزآمین ها مهمترین سرطانزاهای دستگاه گوارش هستند. لذا سرطان های دستگاه گوارش از جمله مری، معده و پانکراس و روده بزرگ در سیگاری ها بیشتر از غیر سیگاری ها بروز می نمایند.

ج- سرطان مثانه:

سرطان مثانه در سیگاری ها بیشتر دیده می شود که علت آن تغلیظ مواد سمی موجود در دود سیگار هنگام دفع از راه ادرار در مثانه است. برای ابتلا به سرطان مثانه دو عامل خطر اصلی شناسایی شده است: عامل خطر اول کار در صنایع رنگ سازی است که دفع ذرات استنشاق شده مواد رنگی از راه ادرار موجب افزایش ابتلا به سرطان مثانه در این افراد می گردد. دومین عامل خطر برای ابتلا به سرطان مثانه استعمال دخانیات است. پس از استنشاق دود مواد دخانی مواد موجود در دود سیگار در ۵۰۰۰ میلی لیتر خون حل می شود اما در هنگام دفع در ۲۰۰^{CC} ادرار تغلیظ می گردد. این امر موجب می شود تا غلظت بعضی از مواد سمی موجود در دود سیگار در ادرار ۱۰۰ برابر غلظت خونی آن باشد. تماس مستقیم این مواد در این غلظت با مخاط مثانه باعث تحریک سلولهای جداری مثانه و افزایش ابتلا به سرطان مثانه می شود.



۵-۱-۲- بیماری های غیر کشنده مرتبط با استعمال دخانیات

• بیماری های عروق محیطی (بیماری پرِگر)

این بیماری عروق متوسط و کوچک بدن را به ویژه در دست ها و پاها مبتلا می کند و تنها عامل ایجاد کننده آن سیگار است. در این بیماری اجزاء موجود در دود سیگار موجب التهاب جداره عروق می گردد که خود باعث تنگی مجرای رگ و در نهایت انسداد آن و اختلال خون رسانی اندامی که از آن رگ جریان خون خود را دریافت می دارد، می شود. انسداد جریان خون عضو باعث زخم شدن عضو و در نهایت از بین رفتن آن و قطع عضو می گردد. در مراحل اولیه بیماری در صورت تشخیص به موقع و قطع استعمال دخانیات کلیه علائم بیمار بر طرف می شود. اما در صورت عدم تشخیص یا عدم توجه بیمار به توصیه پزشک مبنی بر ترک سیگار قطع عضو بوقوع می پیوندد که معمولاً از انگشتهای اندام تحتانی (پاها) آغاز و در موارد پیشرفته منجر به قطع پاها از ناحیه زانو به پائین می شود.



• بیماری کرون

این بیماری عبارت است از التهاب دیواره روده ها که منجر به اسهال خونی، تشکیل آبسه های داخل شکمی و در نهایت فیستول های روده به اندامهای مختلف داخل شکم و پوست ناحیه دور مقعد می گردد که در اینصورت فرد مبتلا دچار ترشح مکرر مدفوع از محل این فیستول ها و کثیف شدن لباس زیر و بوی نامطبوع حاصل از آن می شود. مطالعات متعددی نشان داده اند که این بیماری در سیگاری ها بیشتر از غیر سیگاری ها بروز می نماید.



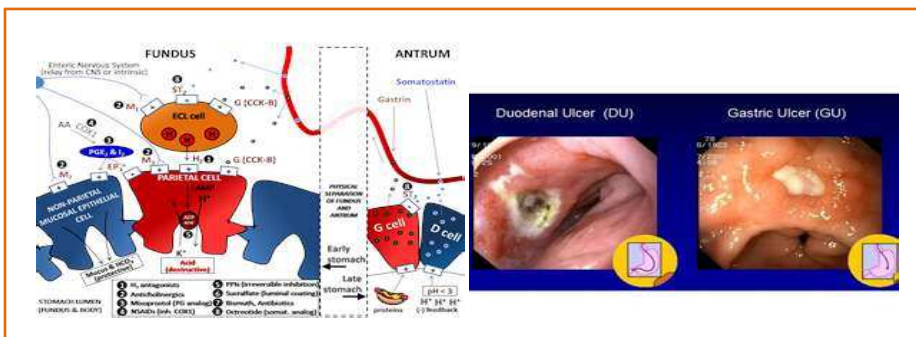
• پریدنتیت

افراد سیگاری نسبت به غیرسیگاری ها به میزان بیشتری به عفونت و التهاب لثه ها مبتلا می شوند. این امر موجب بوی بد دهان و پسرفت لثه ها و در نتیجه لق شدن دندان ها، شده افتادن خودبخود دندان ها در سنین جوانی و بزرگسالی را بدنبال دارد. همچنین استعمال دخانیات موجب کاهش جریان خون لثه شده ترمیم محل زخم ناشی از کشیدن دندان را به تاخیر می اندازد.



• زخم معده و اثنی عشر

سیگاری ها بیشتر از غیرسیگاری ها به زخم معده و اثنی عشر مبتلا می شوند. استعمال دخانیات به چند روش موجب بروز زخم های دستگاه گوارش می شوند؛ ابتدا نیکوتین موجود در توتون موجب شل شدن دریچه بین مری و معده شده سبب بازگشت اسید از معده به مری و التهاب و زخم مری می گردد. همچنین به علت کاهش قدرت حمل اکسیژن در سیگاری ها و اختلال خون رسانی مخاط دستگاه گوارش، ترشح مخاط محافظت کننده معده و سایر قسمتهای دستگاه گوارش کاهش می یابد و احتمال بروز زخم در دستگاه گوارش افزایش می یابد. به علاوه تحقیقات مختلف نشان داده است مبتلا به زخم های دستگاه گوارش پاسخ ضعیف تری به درمان می دهند.



• آب مروارید

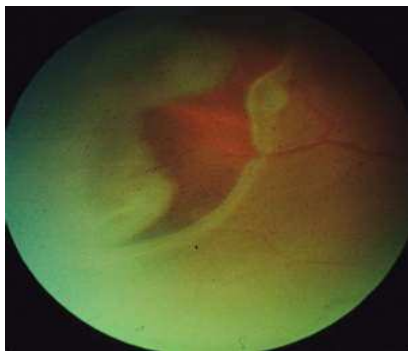
سیگار با کاهش خونرسانی عدسی چشم موجب تسریع تخریب عدسی چشم و لذا افزایش بروز و شیوع آب مروارید در سیگاری ها نسبت به غیر سیگاری ها می شود.

• شکستگی گردن ران

استعمال دخانیات با کاهش جریان خون عمومی که شامل جریان خون استخوان هم می شود موجب کاهش فرآیند استخوان سازی و به دنبال آن تسریع پوکی استخوان می گردد. پوکی استخوان بوجود آمده موجب افزایش احتمال شکستگی خودبخود گردن ران می شود.

• دژنراسیون وابسته به سن ما کولا

تحقیقات متعددی نشان داده اند که احتمال جدا شدن شبکیه در سیگاری ها بیشتر از غیر سیگاری ها است. تصلب شرایین و تنگی ناشی از آن در عروق ته چشم سیگاری ها موجب می شود تا این اتفاق در سیگاری ها شایع تر باشد. این بیماری موجب نابینایی فرد می گردد.

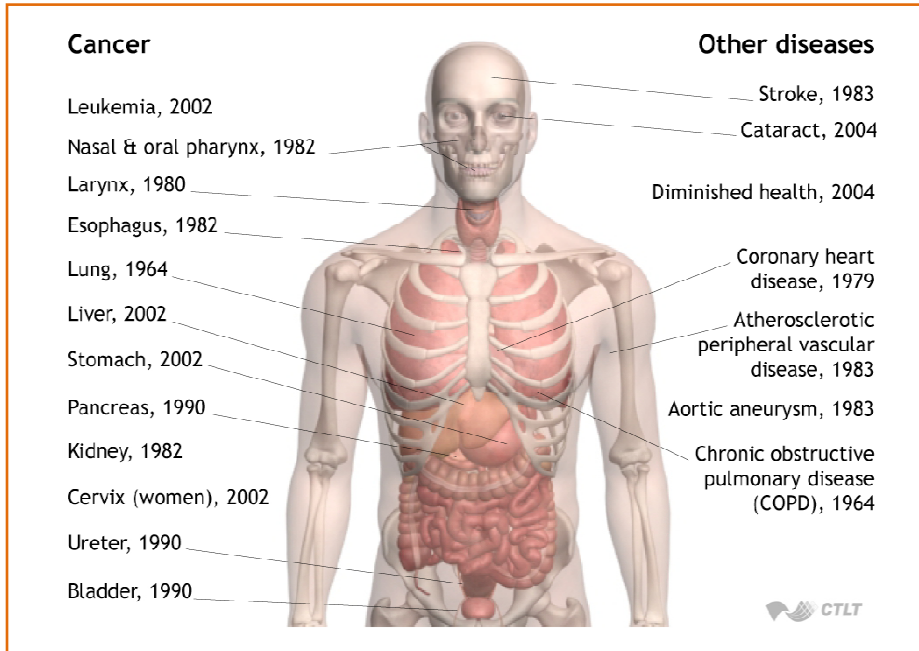


• پوست

بسیاری از سیگاری ها ظاهری مشخص و صورت پر چین و چروک پیدا می کنند. چروک های کم عمق روی چانه و فک تحتانی و نیز لب های فوقانی و تحتانی ایجاد می شود که علت آن نحوه پک زدن به سیگار و انقباض عضلات این نواحی هنگام پک زدن است. پوست میان انگشتان در سیگاری های قهار به علت رسوب نیکوتین و قطران و موی سبیل آقایان تغییر رنگ داده به رنگ زرد در می آید.

بیماری های ناشی از استعمال دخانیات

<p>کاهش تعداد و تحرک اسپرم ها کاهش میل و قوای جنسی</p> <p><u>حاملگی</u></p> <p>زایمان نارس پاره شدن زودتر از موعد کیسه آب سقط خود به خود</p> <p><u>آثار جنینی</u></p> <p>وزن کم نوزاد هنگام تولد اختلال در رشد ریه جنین سندرم مرگ ناگهانی نوزاد تشنج ناشی از تب کاهش ضریب هوشی کودک اختلالات رفتاری آسم و سایر حساسیت ها</p> <p><u>آثار سیگار کشیدن والدین بر کودکان</u></p> <p>آسم عفونت گوش میانی عفونت ریه (پنومونی) افزایش احتمال سیگاری شدن در سنین نوجوانی و جوانی</p> <p><u>چشم</u></p> <p>آب مروارید</p> <p><u>کلیه</u></p> <p>بزرگی خوش خیم پروستات</p>	<p>عفونت های دندان و لثه کبود شدن مخاط دهان و لثه کاهش حس چشائی</p> <p><u>بیماری های ریه</u></p> <p>برونشیت آسم آمفیزم یا خیز ریه پنوموتوراکس</p> <p><u>بیماری های دستگاه گوارش</u></p> <p>زخم معده برگشت اسید از معده به مری التهاب لوزالمعده (پانکراتیت) التهاب مزمن روده توده های روده ای</p> <p><u>بیماری های عفونی</u></p> <p>سل عفونت ریه (پنومونی) ایدز</p> <p><u>بیماری های پوستی</u></p> <p>پسوریازیس چین و چروک</p> <p><u>دستگاه تناسلی</u></p> <p>نارسائی تخمدان نازائی در مردان و زنان</p>	<p><u>بیماری های قلبی - عروقی</u></p> <p>تصلب شرایین سکته قلبی اختلال ریتم قلب بیماری عروق کوچک دست و پا ترومبوز وریدهای عمقی آمبولی ریه</p> <p><u>سرطان ها</u></p> <p>سرطان ریه سرطان حنجره سرطان دهان سرطان زبان سرطان دستگاه گوارش سرطان مثانه سرطان مری سرطان دهانه رحم سرطان مقعد سرطان پستان سرطان کبد سرطان خون سرطان کلیه</p> <p><u>بیماری های استخوانی</u></p> <p>پوکی استخوان</p> <p><u>بیماری های دهان و دندان</u></p> <p>زرد شدن دندان ها و لثه</p>
---	---	---



۲-۵- بیماری های ناشی از استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی در افراد غیر سیگاری

۲-۵-۱- دوران جنینی

استعمال دخانیات توسط مادران باردار و یا استنشاق ناخواسته دود مواد دخانی سایر اعضای خانواده، آثار سوء متعددی بر سلامت جنین می گذارد.

• حاملگی خارج رحمی

مواد موجود در دود مواد دخانی به ویژه قطران موجب فلج شدن مژک های موجود در لوله های رحمی می گردد. این امر سرعت حرکت تخمک در داخل لوله رحمی را کاهش می دهد و در صورت بروز لقاح بین اسپرم و تخمک سرعت حرکت سلول تخم تشکیل شده کاهش می یابد. بطور طبیعی در روز ششم پس از تشکیل سلول تخم، این سلول وارد محوطه رحم می شود در این زمان سلولهای سنسیتو تروفوبلاستروز که قابلیت مهاجم به بافت رحم برای ایجاد جفت را دارند نیز تشکیل شده اند که با مهاجم به جداره رحم جفت تشکیل می شود. در مادران سیگاری یا سیگاری تحمیلی چنانچه در بالا توضیح داده شد به علت کاهش سرعت حرکت سلول تخم، این سلول در روز ششم هنوز در لوله رحمی است و چون قابلیت مهاجم به مخاط وجود دارد، جفت در داخل لوله تشکیل و حاملگی خارج رحمی بروز می نماید.

• سقط خود به خود

جفت تنها راه تحویل اکسیژن از خون مادر به جنین است. در مادران مصرف کننده مواد دخانی یا زنان بارداری که بطور تحمیلی دود ناشی از استعمال مواد دخانی توسط اطرافیان را استنشاق می کنند، ظرفیت حمل اکسیژن خون کاهش می یابد و اصطلاحاً هیپوکسی ایجاد می شود. لذا میزان اکسیژنی که به جنین میرسد نیز کاهش می یابد. در این حالت جفت بطور جبرانی بزرگ می شود تا خون بیشتر و در نتیجه اکسیژن بیشتری به جنین برساند. هرچه جفت بزرگتر باشد احتمال کنده شدن به علت خونریزی و سقط خودبه خود بیشتر می شود.



• وزن کم هنگام تولد

تحقیقات مختلف نشان داده است که وزن هنگام تولد نوزادان مادران سیگاری یا خانم های بارداری که با افراد سیگاری هم‌نشین هستند به میزان ۱۵۰-۲۰۰ گرم کمتر از نوزادان مادران غیرسیگاری است. این میزان کمبود وزن در نوزادان می تواند موجب اختلالات مختلف تکاملی و به خطر افتادن حیات در نوزاد شود.



• هیپوپلازی ریه

تکامل ریه در نوزادان مادران سیگاری یا خانم های باردار همنشین با افراد سیگاری، تکامل ریه مختل بوده و حجم ریه کوچکتر از نوزادان مادران غیرسیگاری یا همنشین با افراد غیرسیگاری است. این موضوع موجب اختلالات تنفسی در این نوزادان و نیاز به مراقبت های ویژه در آنان می شود.



• سندرم مرگ ناگهانی نوزاد

در این بیماری که مختص دوران نوزادی است، نوزاد بدون دلیل مشخصی دچار ایست تنفسی و منجر به مرگ می گردد. مطالعات متعدد نشان داده است که بروز این سندرم در نوزادان مادران سیگاری یا مادرانی که با سیگاری ها همنشین هستند بیشتر اتفاق می افتد.

۵-۲-۲ دوران کودکی

استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی ناشی از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف کننده این مواد و استنشاق آن به وسیله افراد غیرسیگاری همنشین با آنان موجب ابتلا به انواع بیماری های ناشی از استعمال دخانیات در این غیرسیگاری ها می شود. بدیهی است معصوم ترین و بی گناه ترین قربانیان این ماجرا کودکان افراد سیگاری هستند که ناخواسته و بدون توانایی دفاع از حق خود قربانی استعمال دخانیات توسط والدین خود می گردند.

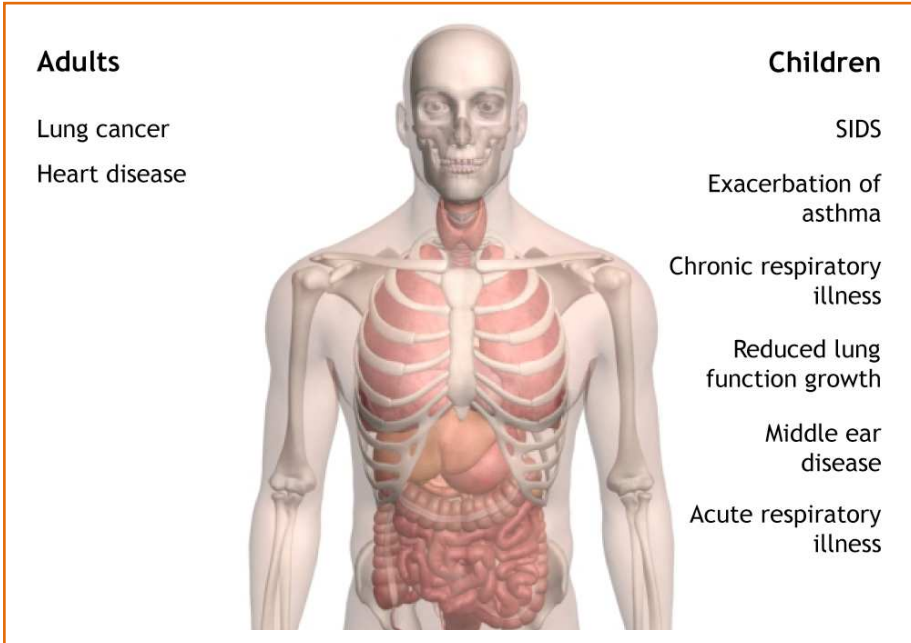


مطالعات متعددی از جمله مطالعه وسیعی در ایالات متحده آمریکا نشان داده است کودکان والدین سیگاری به میزان ۴۰ درصد بیش از کودکانی که والدین غیرسیگاری دارند به بیماری های عفونت گوش میانی، عفونت ریه (پنومونی)، حمله آسم و آبریزش از بینی و چشم می شوند. نتایج این مطالعه نشان می دهد که کودکانی که هر دو والد آنها مصرف کننده مواد دخانی هستند بیشتر از کودکانی که فقط یکی از والدین آنها مواد دخانی مصرف می کنند به این بیماری ها مبتلا می شوند. همچنین در شرایطی که فقط یکی از والدین مصرف کننده مواد دخانی است؛ فرزندان مادران سیگاری بیشتر از فرزندان پدران سیگاری به این بیماری ها مبتلا می شوند که ناشی از گذران زمان بیشتری از طرف مادران با کودکان خود و استنشاق ناخواسته دود مواد دخانی مورد مصرف آنان توسط کودکانشان می باشد.



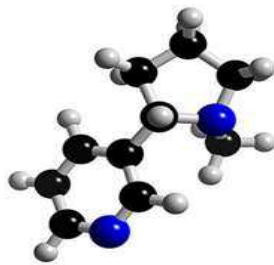
۵-۲-۳- بزرگسالی

بالغین هم‌نشین با افراد مصرف کننده مواد دخانی به میزان بیشتری نسبت به کسانی که با غیرسیگاری ها در تماس هستند، به بیماری های ناشی از استعمال دخانیات مبتلا می شوند. مطالعات متعدد نشان داده است که این افراد به میزان ۳۰ درصد بیشتر از غیرسیگاری های هم‌نشین با افراد غیرسیگاری به سکنه قلبی، سکنه مغزی و سرطان ها و سایر بیماری های مرتبط با استعمال دخانیات مبتلا می شوند.



۶- نیکوتین (اعتیاد، سندرم ترک)

نیکوتین آلکالوئید گیاهی موجود در برگ توتون است که هم در دود ناشی از سوختن توتون در سیگار و سایر انواع مواد دخانی کشیدنی و هم در انواع جویدنی توتون در شیره حاصل از جویدن توتون وجود دارد. نام نیکوتین از نام ژان نیکوت سفیر فرانسه در پرتغال ریشه گرفته است. او فردی علاقمند به کشاورزی بود و به میزان زیادی در مورد نحوه کشت و خواص گیاه توتون مطالعه کرد. نیکوتین ماده ای بسیار سمی است که تزریق تنها ۶۰ میلی گرم از آن در خون که معادل یک قطره بزرگ نیکوتین است، موجب مرگ انسان یا هر موجود زنده دیگری می شود.

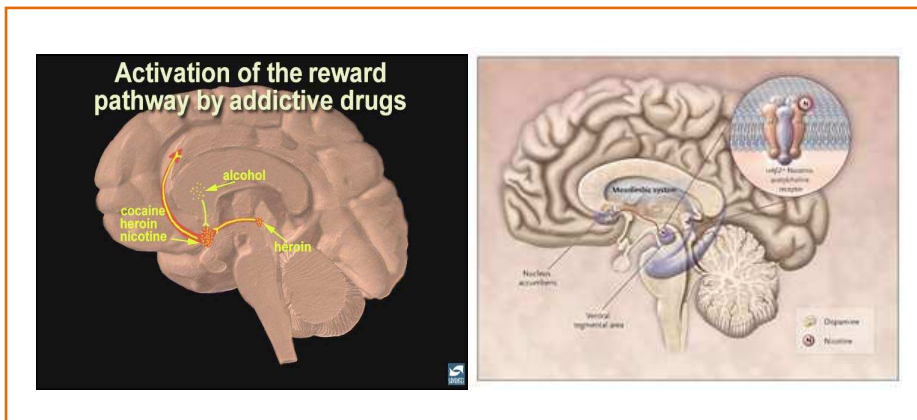


کریستف کلمب بعد از کشف قاره آمریکا مشاهده کرد که بومیان این قاره از برگ گیاه تنباکو برای موارد متفاوت استفاده های گوناگون می کنند. برای مثال وقتی برای شکار می روند و شب را خارج از چادر سرمی کنند برای حفاظت خود از نیش حشرات شیره گیاه توتون را به قسمت های بدون پوشش خود می مالند تا حشرات را فراری دهند. هم اکنون از نیکوتین در حشره کشها استفاده می شود. همچنین نوک تیرهای خود را به شیره توتون آغشته می کنند تا پس از اصابت به شکار آن را زودتر از پا در آورند. امروزه می دانیم که نیکوتین باعث فلج سیستم عصبی می شود. از توتون در موارد خاص نیز استفاده می شد مثلا برای جنگیدن مقادیر زیاد گیاه توتون در آتش ریخته می شد و جنگجویان قبیله با رقص در اطراف آتش و استنشاق دود توتون های در حال سوختن برانگیخته و آماده جنگ می شدند. می دانیم که نیکوتین محرک سیستم عصبی است.

۶-۱- مکانیسم ایجاد اعتیاد به نیکوتین

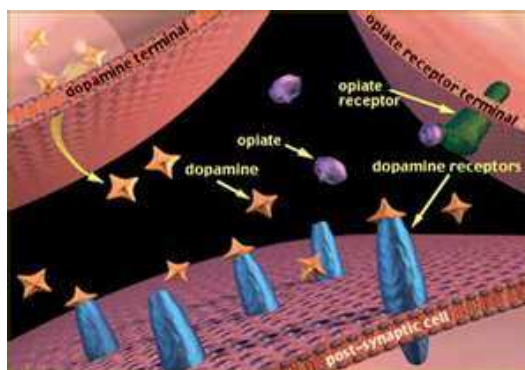
۶-۱-۱- تحریک مراکز درک لذت در سیستم عصبی مرکزی (مغز)

نیکوتین همچون سایر مواد اعتیادآور مراکز درک لذت را در مغز تحریک می کند.



سیستم مزولیمبیک محل استقرار این مراکز در ماده خاکستری مغز است. بنابراین با تحریک این مراکز فرد مصرف کننده احساس سرخوشی و لذت می نماید و این پاداشی برای مغز در مقابل مصرف نیکوتین تلقی می گردد. تمایل فرد به تکرار این تجربه خوشایند موجب مصرف مجدد نیکوتین خواهد شد. با توجه به تغییر تعداد گیرنده های نیکوتینی در سطح سلولهای این نواحی پدیده تحمل در

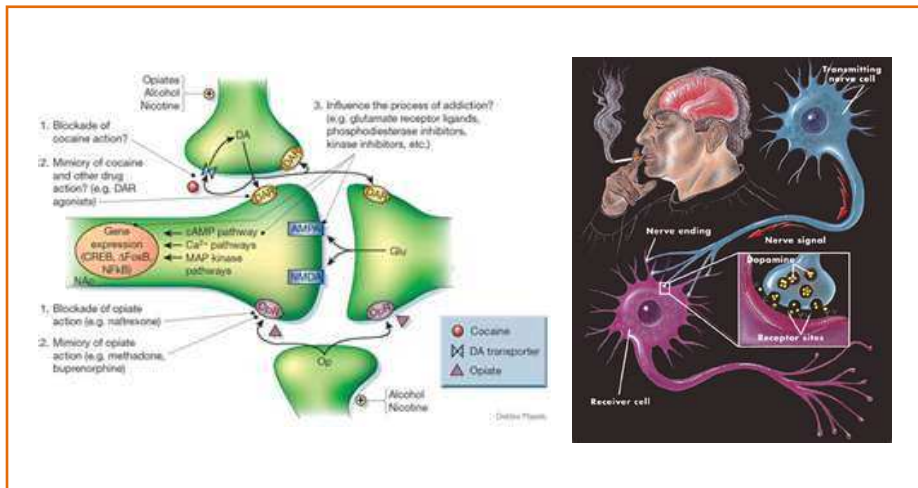
مقابل آثار نیکوتین بر این مراکز به وقوع پیوسته لذا به تدریج برای تکرار تجربه خوشایند اولیه نیاز به مصرف مقدار بیشتری توتون می باشد. بدیهی است میزان قابل تحمل توتون مصرفی براساس سرعت تجزیه نیکوتین توسط آنزیمهای کبدی تعیین می شود و برای هر فرد بسته به این سرعت، تعداد سیگار مصرفی در روز یا مقدار توتون مصرفی در روز با توجه به نوع ماده دخانی مورد استفاده (قلیان، پیپ و ...) مشخص می گردد.



۶-۱-۲- تحریک گیرنده های نیکوتینی در سیستم عصبی مرکزی (CNS) و سیستم عصبی محیطی (PNS) و در نتیجه آزاد سازی کاتنه کولامین ها

نیکوتین موجود در دود مواد دخانی مورد مصرف پس از اینکه جذب خون شد وارد سیستم عصبی مرکزی یعنی مغز و شاخه های محیطی آن می گردد. مطالعات متعدد نشان داده است که پس از آغاز استعمال مواد دخانی، در فاصله کوتاهی در حد ۷ ثانیه می توان نیکوتین را از مایع مغزی نخاعی فرد مصرف کننده جدا کرد. با توجه به وجود گیرنده های نیکوتینی بر روی غشاء سلولهای عصبی، پس از اتصال نیکوتین به آنها موادی به نام کاتنه کولامین از پایانه های عصبی و غده فوق کلیوی آزاد و در خون پخش می شود. کاتنه کولامین ها در بدن موجب بالا رفتن تعداد ضربان قلب و نیز افزایش مقاومت عروق خونی و به دنبال آن افزایش فشار خون فرد مصرف کننده ماده دخانی می شود. همچنین نیکوتین موجود در توتون به واسطه آزاد شدن همین مواد یعنی کاتنه کولامینها موجب

افزایش مختصری در قند خون نیز می‌شود. بنابراین وقتی فرد سیگاری کسل و خواب‌آلود یا غمگین است سیگار کشیدن با بالا بردن فشار خون و قند خون باعث می‌شود تا فرد سیگاری احساس کند که سر حال آمده است.



۶-۱-۳- تحریک گیرنده های سروتونرژیک و اعمال اثر مهاری بر مغز

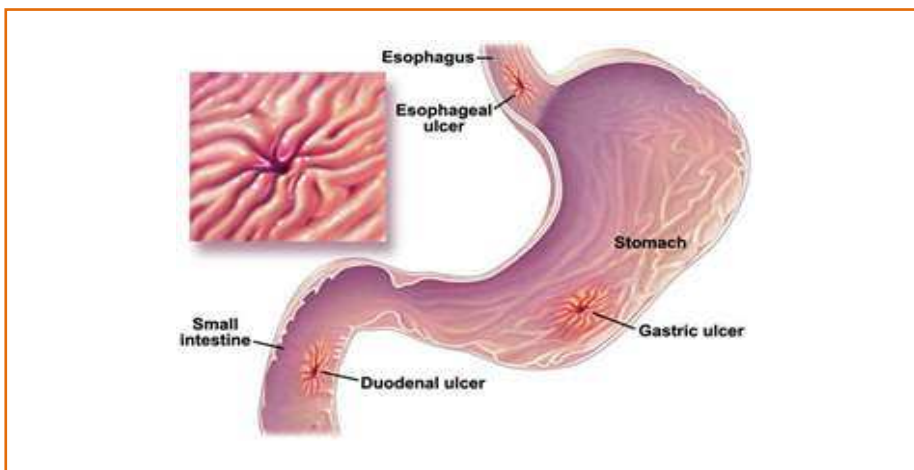
از سوی دیگر وقتی فرد هیجان زده است نیکوتین روی گیرنده های دیگری در مغز اثر می‌کند و موجب ترشح ماده ای به نام سروتونین می‌شود که این ماده موجب ایجاد آرامش در انسان می‌شود. سروتونین با تحریک تولید و ترشح ماده شیمیائی خاصی به نام گاما آمینو بنزوئیک اسید (GABA) در مغز اثر مهاری خود را اعمال و ایجاد آرامش می‌کند.

پس فرد سیگاری به مرور زمان یاد می‌گیرد که در وضعیت های مختلف سیگار برای وی لذت بخش است و به ظاهر در کنترل احساسات و هیجاناتش به او کمک می‌کند و به این ترتیب به سمت سیگار تمایل پیدا می‌کند. اما به مرور زمان بدن فرد نسبت به این اثرات نیکوتین مقاومت پیدا می‌کند و برای کسب لذت اولیه ناشی از سیگار کشیدن باید تعداد بیشتری سیگار و با فواصل کوتاه تر مصرف کند و به این ترتیب به سیگار اعتیاد پیدا می‌کند. پس از شکل گیری اعتیاد به سیگار در صورت قطع مصرف سیگار فرد سیگاری علائم ناراحت کننده ای را تجربه می‌کند که به آن سندرم ترک نیکوتین می‌گویند. این علامت ها با مصرف مجدد سیگار بلافاصله برطرف می‌شوند و فرد سیگاری متوجه می‌شود که ترک سیگار برای او سخت و همراه با ناراحتی است.

۶-۱-۴- شل کردن اسفنکترهای (دریچه های ورود و خروج موجود در مسیر لوله

گوارش در انسان) بدن

یکی از آثار نیکوتین بر بدن شل کردن اسفنکترهای موجود در دستگاه گوارش بدن انسان است. نقش این دریچه ها در تنظیم و کنترل حرکت مواد غذایی در دستگاه گوارش انسان در مسیری یک طرفه از دهان به سمت پائین و ممانعت از بازگشت مواد غذایی به سمت عقب است. این مکانیسم موجب محافظت از بخش های مختلف دستگاه گوارش در مقابل آثار زیانبار احتمالی ناشی از تماس مخاط این قسمت ها با مواد موجود در قسمتهای بعدی دستگاه گوارش است. برای مثال اسفنکتر موجود در محل اتصال مری به معده مانع بازگشت اسید از معده به مری می شود و در صورت عملکرد نامناسب این دریچه و بازگشت اسید از معده به مری التهاب و زخم مری و در نهایت سرطان مری ایجاد می شود.



در معده، نیکوتین ابتدا موجب شل شدن اسفنکتر ورودی معده یا کاردیا (محل اتصال مری به معده) شده لذا فرد مصرف کننده مواد دخانی در پیک های اول احساس سوزش سردل می نماید که ناشی از بازگشت اسید معده به مری است. این اتفاق یکی از عوامل افزایش ابتلا به سرطان مری در سیگاری ها است. در پیک های بعدی دریچه خروجی معده یا پیلور شل شده موجب افزایش سرعت انتقال مواد غذایی از معده به روده کوچک می شود و در فرد سیگاری احساس سبک شدن و هضم غذا ایجاد می شود. به همین دلیل بسیاری از سیگاری ها عنوان می کنند که مصرف مواد دخانی به هضم غذا در آنان کمک می کند که باوری کاملاً غلط است.

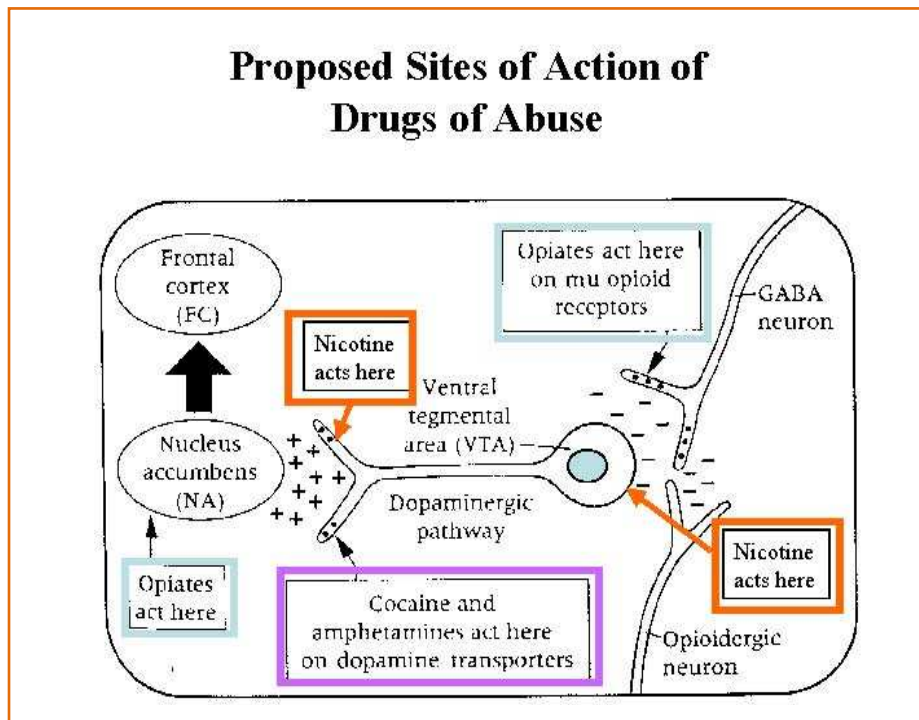
۶-۱-۵- کاهش ترشح هورمون زنانه استروژن

نیکوتین با تاثیر بر تخمدان موجب کاهش ترشح هورمون استروژن و یائسگی زودرس در زنان می شود.

۶-۲- ویژگی های وابستگی به نیکوتین:

وابستگی به نیکوتین به سرعت شکل می گیرد. پس از کشیدن یک نخ سیگار تقریباً ۸۵ درصد افراد به استعمال آن ادامه می دهند. سیگاری های قهار بین ۲۰ تا ۳۰ نخ سیگار در روز می کشند. وابستگی به نیکوتین توسط عوامل فیزیولوژیک نیز تشدید می شود. برای مثال در دخترهای تازه بالغ، استعمال دخانیات در میان دختران سرکش بیشتر دیده می شود و با فشار گروه همسالان همراه است. در بالغین استعمال دخانیات اغلب با وقایع لذت بخش همراه است.

محل های عملکرد داروهای اعتیاد آور در مسیرهای عصبی



پس از آغاز استعمال دخانیات توسط فرد سیگاری و تداوم مصرف آن به تدریج فرد مصرف کننده نسبت به نیکوتین احساس وابستگی پیدا می کند ویژگی های این وابستگی به شرح زیر است:

- استفاده عاداتی
- پاسخگویی به فشارهای خارجی شعله ور کننده هوس دخانیات
- الگوی استرئوتیپی مصرف دخانیات مانند: استعمال تعداد معینی سیگار در زمان های مشخص
- بازگشت سریع به مصرف سیگار پس از یک دوره ترک منجر به عود
- نگهداری غلظت نیکوتین خون در یک محدوده ویژه و بروز علائم سندرم ترک در صورت افت نیکوتین خون مثلاً هنگام خواب
- برطرف شدن علائم سندرم ترک با مصرف سیگار

الگوهای استرئوتیپی یا همان رفتارهای تکرار شونده در افراد سیگاری از پیچیدگی های خاصی برخوردار است. این رفتارها براساس جنس، سن و شغل فرد مصرف کننده متفاوت است. اجزاء مختلف رفتار استعمال دخانیات شامل نحوه نگه داشتن سیگار در میان انگشتان، نحوه پک زدن به سیگار، نحوه خروج دود سیگار و حتی مکان نگهداری از بسته سیگار در افراد مختلف متفاوت و با عوامل فوق الذکر در ارتباط است. برای مثال جوانان معمولاً سیگار خود را در بین انگشتان پنهان می سازند و پکهای عمیق به سیگار میزنند و دود آن را با قوت زیاد بیرون می فرستند تا نشان دهند که در حال انجام کار مهمی هستند. زنان سیگاری، سیگار را در نوک انگشتان خود نگاه می دارند و از گوشه لب ها پکهای کم عمق به سیگار می زنند و دود آن را از گوشه دهان خارج می کنند. خانمها عموماً برای روشن کردن سیگار خود از فندک استفاده می کنند و برای سیگارهای خود از جعبه های زیبا و فانتزی استفاده می کنند. صنعت دخانیات نیز با آگاهی از این تمایل زیباپسندانه خانمها بسته بندیهای رنگین و جذاب را برای جلب خانمها طراحی می کنند. پیچیدگی این الگوها که در بسیاری از موارد خود فرد سیگاری نیز از آنها مطلع نیست موجب می شود تا ترک سیگار برای فرد مصرف کننده مشکل باشد.

۶-۳- تعریف سندرم ترک نیکوتین

پس از توقف مصرف مواد دخانی و قطع رسیدن نیکوتین به بدن، تغییراتی در بدن و ذهن فرد مصرف کننده ایجاد می شود که به آن سندرم ترک نیکوتین می گویند و دارای خصوصیات زیر است:

- تغییرات جسمی و روانی متعاقب قطع یا خاتمه استعمال یک ماده اعتیادآور (نیکوتین)

- معمولاً موقت
- نیازمند دوره زمانی خاصی برای تنظیم فعالیت های جسمی و روانی ناشی از مصرف طولانی مدت دارو پس از قطع مصرف آن است
- سندرم ترک نیکوتین طی ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه پس از خاموش کردن آخرین سیگار شروع می شود و طی ۲۴ ساعت پس از ترک به حداکثر خود می رسد. این علائم تا چند هفته و در مواردی تا چند ماه ادامه پیدا می کند. اصلی ترین علامت، هوس شدید سیگار است که با تنش و بیقراری همراه است. عموماً فرد سیگاری احساس خستگی، عصبانیت، بی قراری، اضطراب، اشکال در تمرکز و خواب آلودگی می کند اگر چه به سختی به خواب می رود. کاهش ضربان قلب و فشار خون، کاهش عملکرد حرکتی، افزایش انقباضات عضلانی و ریتم آهسته EEG نیز رخ می دهد. افزایش اشتها و وزن در اکثر سیگاری ها پس از ترک سیگار رخ می دهد. باقی ماندن هوس شدید سیگار علیرغم نبود سایر علائم سندرم ترک سیگار تا ۱۰ الی ۲۰ سال پس از ترک نیز در بعضی سیگاری ها گزارش شده است. علائم خفیف سندرم ترک پس از تغییر سیگار به سیگارهای کم نیکوتین و توقف استعمال تنباکوی جویدنی و آدامس نیکوتین نیز دیده می شود.

معیارهای تشخیصی سندرم ترک نیکوتین

- الف - مصرف روزانه نیکوتین برای حداقل چندین هفته
- ب - توقف ناگهانی مصرف نیکوتین، یا کاهش مقدار نیکوتین مصرفی که طی ۲۴ ساعت پس از آن حداقل چهار مورد از علائم زیر بروز نماید:
۱. هوس نیکوتین
 ۲. تحریک پذیری، خستگی یا عصبانیت
 ۳. اضطراب
 ۴. اختلال تمرکز
 ۵. بیقراری
 ۶. کاهش ضربان قلب
 ۷. افزایش اشتها یا افزایش وزن

۴-۶- علائم سندرم ترک نیکوتین (Nicotine Withdrawal Syn)

همزمان با خروج نیکوتین از بدن فرد سیگاری، تا مدتی ممکن است این فرد احساس «بد حالی» داشته باشد. این احساس نشانه تلاش بدن در جهت بهبود خود می باشد. این فرآیند ترمیم به سرعت شروع شده و تا مدتی ادامه می یابد این علائم عبارتند از: اضطراب (۸۴ درصد) خواب ناکافی (۸۴ درصد) تحریک پذیری (۸۰ درصد) بی صبری (۷۶ درصد) اشکال در تمرکز (۷۳ درصد) بیقراری (۳۳ درصد) سردرد (۲۴ درصد) خواب آلودگی (۲۲ درصد) کاهش فشار خون و ضربان قلب (بیشتر از ۸۰ درصد).

آنچه که مهم است این است که تمامی این علائم موقتی بوده و با استفاده از شیوه هایی که در ادامه همین بخش توضیح داده می شوند و یا با درمان جایگزین نیکوتین می توان بر آنها فائق شد و زندگی سالم تری را ادامه داد.

اضطراب

بسیاری از سیگاری ها هنگام ترک از اضطراب شکایت دارند. اضطراب از علائم ترک سیگار نیست بلکه تنها واکنشی در برابر اقدام به ترک است. پس از ترک سیگار، فرد سیگاری از تصور اینکه در شرایط خاص، که پیش از این با پناه بردن به سیگار آنها را کنترل می کرد، چه باید بکند، دچار اضطراب می شود. باقی ماندن در ترک به مدت ۴ هفته موجب کاهش قابل توجهی در میزان اضطراب حتی نسبت به دوره قبل از ترک می شود. ادامه استعمال دخانیات حتی در مقادیر کم موجب تداوم اضطراب می گردد. در موارد شدید میتوان از داروی نورترپیتیلین استفاده نمود.

جدول ۱-۲- علائم ترک و فعالیت هایی که کمک به کاستن آنها می کند

راه حل	شیوع	مدت (هفته)	علامت
نرمش سبک	٪۸۰	طولانی مدت	کاهش ضربان قلب (۸ ضربه در دقیقه)
نیاز به اقدامی نیست	٪۸۰	طولانی مدت	افزایش دمای پوست
افزایش وزن بطور متوسط ۴/۵ کیلوگرم که خطرات آن بسیار کمتر از سیگار کشیدن است. آب یا مایعات کم کالری بنوشید.	٪۸۰	طولانی مدت	افزایش وزن
استفاده از جایگزین نیکوتین	٪۷۰	۲ هفته	هوس سیگار (پیش بینی عود)
خوراکی های کم چرب و کم کالری بخورید. (به جدول مقدار کالری خوراکیها نگاه کنید)	٪۷۰	۱۰ هفته	افزایش اشتها و گرسنگی
استفاده از جایگزین نیکوتین	٪۶۰	۴ هفته	افسردگی (پیش بینی عود)
دوش آب گرم، استفاده از جایگزین نیکوتین	٪۶۰	۴ هفته	بیقراری
دوش آب گرم بگیرید از فنون شل سازی عضلانی Relaxation یا Meditation استفاده کنید.	٪۶۰	۲ هفته	افت تمرکز
استفاده از جایگزین نیکوتین			
ناشی از کاهش Iga بزاقی و خشکی مخاط، آب یخ یا آبمیوه را جرعه جرعه بنوشید یا آدامس بجوید.		زودگذر است	دهان خشک زخم گلو، لته ها یا زبان
دوش آب گرم بگیرید از فنون شل سازی عضلانی Relaxation یا Meditation استفاده کنید	٪۱۰	۴۸ ساعت	سردرد/ سبکی سر
۶ غروب به بعد از نوشیدن چای یا قهوه پرهیز کنید. از فنون شل سازی عضلانی یا Meditation استفاده کنید.	٪۲۵	۱ هفته	خواب مشکل
غذاهای سفت و پر چرب را به رژیم غذایی خود اضافه کنید مانند میوه خام و سبزیجات، ۸-۶ لیوان آب در روز بیاشامید.			نامنظمی اجابت مزاج
وسط روز چرت بزنید سعی کنید به خودتان فشار			خستگی

۶-۴-۱- عوامل موثر بر شدت علائم سندرم ترک

عوامل زیر بر شدت علائم سندرم ترک تاثیر گذار هستند:

- در سیگاری های قهار شدید تر است. سیگاری قهار به سیگاری گفته می شود که بیش از ده نخ سیگار در روز بکشد.
- در صورت تجربه سندرم ترک شدید در ترک قبلی خود، در نوبت بعدی اقدام به ترک علائم را شدیدتر احساس می کنند.
- با استرس و غم شدیدتر می شود.
- با ورزش و نرمش کاهش می یابد.
- در صورت کاهش تدریجی تعداد سیگارها، شدت آن کمتر است.
- با خروج سیگاری از محیط مورد علاقه کمتر می شود.
- با مصرف مواد شیرین تخفیف می یابد.

۶-۴-۲- درمان سندرم ترک

- شایع ترین درمان، استفاده از جایگزین های نیکوتین (NRT) است. (در بخش ۷ شیوه های ترک به طور کامل توضیح داده می شوند)
- مصرف مواد شیرین بسرعت هوس نیکوتین را کاهش می دهد.
- درمان روانشناختی شامل: ایجاد اطمینان، کسب حمایت عمومی (اعضای خانواده و دوستان)، تحمل واقعیت، آموختن فنون شل سازی عضلانی
- ورزش بسرعت علائم را کاهش می دهد.

۶-۴-۳- علائم مسمومیت با نیکوتین (Nicotine Toxicity)

دوز(مقدار) کشنده نیکوتین در بالغین احتمالاً در حدود ۶۰ میلی گرم می باشد. سرعت بروز علائم ناشی از مسمومیت حاد و شدید با نیکوتین بالا است. این علائم شامل: تهوع، افزایش ترشح بزاق، درد شکم، استفراغ، اسهال، عرق سرد، سردرد، گیجی، اختلال بینایی و شنوایی، تیرگی شعور (Confusion) و ضعف واضح است.

غش (Faintness) افت فشار خون، مشکل شدن تنفس، ضعف نبض و افزایش و نامنظم بودن ضربان قلب همراه با کلاپس قلبی عروقی و تشنج انتهایی در عرض چند دقیقه سبب مرگ به علت نارسایی

تنفسی می گردد.

درمان: الفاء استفرغ با شربت ایپکاک یا شستشوی معده باید سریعاً انجام گیرد. از آشامیدن محلولهای قلیایی اجتناب گردد و سپس ذغال فعال شده (Activated charcoal) از خلال لوله معده تجویز گردد. استفاده از دستگاه تهویه مکانیکی و درمان شوک در صورت نیاز انجام شود.

۷- شیوه های ترک

۷-۱- مداخلات رفتاری

۷-۱-۱- توصیه پزشک (مداخله های مختصر)

بسیاری از کارکنان سیستم بهداشتی طی کار بالینی روزانه خود با تعداد زیادی از افراد سیگاری مواجه می شوند اما وقت کمی برای گفتگو با آنان در مورد سیگار کشیدن دارند. با وجود این صرف زمانی هر چند اندک برای این کار ارزشمند است. توصیه های بسیار مختصر میزان موفقیت ترک به مدت شش ماه یا بیشتر را به میزان ۲ درصد می افزاید (در مقایسه با گروه کنترل که تنها از مراقبتهای معمول برخوردار شده بودند). اگر این مدت را به ۱۰ دقیقه برسانیم، ۳ درصد دیگر به میزان ترک موفق افزوده می شود. استفاده از جایگزین های نیکوتین (NRT) یا بوپروپیون میزان موفقیت را تقریباً دو برابر می کند.

چون استعمال دخانیات بسیار خطرناک است و هزینه های بسیار زیادی را بر سیستم مراقبتهای بهداشتی و جامعه تحمیل می کند، حتی این موفقیت های نسبتاً کم نیز بی تردید مقرون به صرفه هستند. یکی از راههای نگاه به میزان موفقیت توصیه های مختصر این است که اگر پزشک سیستم مراقبتهای اولیه به ۱۰۰ نفر سیگاری هر کدام بمدت ۳ دقیقه توصیه بسیار مختصری برای ترک سیگار ارائه نماید دو نفر از آنها موفق به ترک خواهند شد. این در حالی است که در غیر این صورت می توانستیم انتظار داشته باشیم که از این دو نفر یک نفر در صورت ادامه استعمال دخانیات کشته می شد. بنابراین، مجموعاً دو و نیم ساعت کار موجب نجات یک زندگی شده است. نتایج فوق این مداخله را بسیار مقرون به صرفه و موفق می گرداند. ترک سیگار نسبت به سایر مداخله های درمانی با مداخلات بسیار ارزان تری موجب بهبود سلامتی می شود.

اجزاء ضروری یک مداخله مختصر عبارتند از:

- پرسش (ASK)
- توصیه (Advise)

• ارزیابی (Assess)

• کمک (Assist)

• قرار بعدی (Arrange)

اکنون به توضیح هر یک از این اجزا میپردازیم:

• پرسش (Ask)

استعمال دخانیات یکی از جنبه های بسیار مهم در زندگی مراجعه کنندگان به شماسست و بنابراین ثبت و نگهداری اطلاعات به روز در مورد آن مهم است. دو قسم اطلاعات مهم هستند: آیا فرد الان سیگار می کشد و اگر بلی آیا در حال حاضر تمایلی به ترک سیگار خود دارد.

• توصیه (Advise)

متخصص بهداشت باید اطمینان حاصل کند که اگر فرد مراجعه کننده سیگاری است آیا از خطرات تداوم استعمال دخانیات بر سلامتی خود و ارزش ترک سیگار آگاه است. کارکنان سیستم بهداشتی در موقعیت خوبی برای کمک به سیگاری ها در فهم حقایق معمول مربوط به آثار استعمال دخانیات بر سلامتی شان و گرفتاریهای ناشی از آن هستند.

• ارزیابی (Assess)

انگیزه فرد سیگاری برای ترک را ارزیابی کنید. یک سؤال خوب برای آغاز گفتگو این است: " آیا هیچوقت به ترک سیگار فکر کرده اید؟ "

• کمک (Assist)

در صورت تمایل فرد سیگاری به ترک می توان ظرف چند دقیقه به بعضی نکات کلیدی اشاره نمود:
الف - روزی را برای ترک انتخاب کنید و در آن روز بطور کامل سیگار را کنار بگذارید
ب - تجربیات گذشته خود را مرور کنید و از آنها یاد بگیرید (چه چیزهایی کمک کننده بود؟ چه چیزهایی بازدارنده بود؟)

ج - یک برنامه عملی شخصی تهیه کنید

د - مشکلات احتمالی را شناسایی و راه مواجهه با آنها را طراحی کنید

ه - از خانواده و دوستانتان کمک بخواهید

اطلاعات مربوط به نحوه ترک سیگار را می توان با استفاده از جزوه، کتابچه یا سایر وسایل کمکی تقویت نمود. تمام سیگاری ها را از درمان های دارویی (NRT) و بوپروپیون مطلع سازید و به تمام آنهايي که به تعداد ۱۰ نخ یا بیشتر سیگار می کشند مصرف آنها را توصیه کنید.

• قرار بعدی (Arrange)

پیگیری در نگهداری انگیزه و فراهم نمودن حمایت مستمر بسیار مهم است. در مورد بعضی از سیگاری ها ارجاع به یک مرکز تخصصی ترک سیگار مفید است. بنابراین آگاهی مناسب کارکنان سیستم بهداشتی از مراکز مشاور ترک دخانیات ضروری است. بسیار مهم است که به خاطر داشته باشید، اکثر سیگاری ها پیش از نیل به یک ترک موفق بارها اقدام به ترک می نمایند. پیگیری فرصت مناسبی برای حمایت از فرد سیگاری در صورت بروز عود فراهم می نماید.

۲-۱-۲- خودیاری (Self Help Materials)

این شیوه ای است که فرد سیگاری به خواست خود و بدون دریافت هرگونه کمک تخصصی و حداکثر با استفاده از جزوات و مواد آموزشی اقدام به ترک می نماید. این جزوات و مواد اگرچه به اندازه مداخلات مختصر توسط پزشک موثر نیستند اما تاثیرشان نسبت به عدم مداخله بیشتر است. این شیوه با توجه به هزینه پائین تهیه جزوات و قابلیت توزیع گسترده آنها در جامعه بسیار مقرون به صرفه است.

۲-۱-۳- مداخلات رفتاری و فیزیولوژیک

• گروه درمانی

الف - چرا گروه تشکیل دهیم؟

عموماً "سیگاری هایی که اقدام به ترک سیگار می نمایند نیازمند حمایتی بیش از آنچه که در یک جلسه توصیه مختصر و یک یا دو جلسه پیگیری ارائه می شود، هستند. یکی از راه های ارائه این حمایت ها تشکیل یک گروه است تا آنها از حمایت یکدیگر برخوردار شوند و اطلاعات، توصیه ها و حمایت های لازم را طی یک دوره چند هفته ای دریافت دارند. شواهد موجود برتری واضحی برای حمایت های ترک شدید نسبت به درمان های انفرادی یا کار گروهی را نشان نمی دهد. هر یک از سیگاری ها یکی از شیوه ها را ترجیح می دهند. در بعضی مکانها کار گروهی به دلایل عملی باید کنار گذاشته شود. اما در صورت امکان گروه درمانی، این شیوه مقرون به صرفه تر است زیرا می توان با منابع محدودتر و در یک زمان واحد به سیگاری های بیشتری کمک نمود. گروه درمانی شیوه ای است که به خوبی امتحان خود را در مراقبت های بهداشتی و اجتماعی پس داده است. نگاهی به اصول زیربنایی این شیوه مفید خواهد بود.

ب - نکات پایه در کار گروهی

- تجربه گروهی جهان شمول بوده از اجزا ضروری وجود انسان است.
- می توان از گروه برای تغییر موثر نگرش و رفتار فرد سود جست.
- در گروه تجربیاتی به دست می آید که می توان آنها را برای رسیدن به موفقیت انتخاب نمود.
- در گروه تجربیات افراد با یکدیگر به مشارکت گذاشته می شود و به این وسیله همه آنها با حس تعلق به یکدیگر و تلاش همزمان می توانند اقدام به استفاده همزمان از تجربیات یکدیگر نمایند.
- تغییراتی که گروه ایجاد می کند ماندگارتر از تغییراتی است که با سایر شیوه ها بدست می آید و سریع تر نیز حاصل می شود.
- گروه در حذف یا کاهش مشکلات ناشی از تماس قبلی با فرآیند آموزش مفید خواهد بود.
- گروه به عنوان ابزاری برای کمک به دیگران، در استفاده از منابع محدود موجود نظیر متخصصین معرب، وقت و ... مقرون به صرفه است.
- یک گروه می تواند رفتار عمومی خود را مورد نظر قرار دهد و به این وسیله در مورد الگوهای عمومی رفتار گروهی مطالبی بیاموزد.

ج - فهرست ارزیابی تشکیل گروه

- هنگام طراحی برای تشکیل یک گروه موارد زیر را تکمیل نمایید تا از در نظر گرفتن کلیه موارد مورد لزوم اطمینان یابید:
- اهداف و مقاصد گروه چه هستند؟
- از چه شیوه هایی می توان استفاده نمود (سخنرانی، بحث گروهی یا تک به تک، ایفای نقش، تمرین کتبی و غیره)؟
- آیا محل گردهمایی مناسب است؟
- هرچند وقت یکبار گروه یکدیگر را ملاقات کنند؟
- مدت زمان هر جلسه چقدر است؟
- زمان تشکیل جلسات چه ساعتی است؟
- افراد گروه چگونه انتخاب و ثبت نام شوند؟
- آیا گروه پس از انتخاب افراد بسته می شود یا می توان در خلال جلسات کسی را اضافه نمود؟
- افراد چه تعهدی به گروه می دهند؟
- چه منابعی مورد نیاز است (جزوات، تجهیزات و غیره)

- به چند سرگروه نیاز دارید؟ اگر به بیش از یک نفر نیاز هست نقش هر یک چیست؟ چه وقت با یکدیگر برای طراحی دوره و آگاهی از نحوه برگزاری دوره با یکدیگر ملاقات می کنند؟
- چه شیوه راهبری برای این گروه مورد نیاز است؟
- آیا محتویات جلسه ثبت می شود؟ اگر بلی به چه نحوی؟
- آیا جلسات ملاقات انفرادی هم برای اعضاء گروه در نظر گرفته می شود؟
- نحوه پایش کارآیی عملکرد گروه چگونه است؟

د - تشکیل یک گروه ترک سیگار

رویکرد مورد استفاده در راه اندازی گروه های ترک سیگار که در زیر توضیح داده می شود حاصل تکامل دهه ها کار است که از کلینیک ترک سیگارمیشل راسل مادسلی در جنوب لندن در سال ۱۹۷۰ آغاز و در آن محل و سایر کلینیک ها تا به امروز ادامه یافته است. افراد مختلفی نزد دکتر راسل کار کردند و سپس او را ترک کرده روش خود را با اندکی تفاوت نسبت به روش او به کار برده اند، اما رویکرد پایه یکسان باقی مانده است و در بریتانیا به نام "رویکرد مادسلی" شناخته می شود. تحقیقات بسیار کمی در مورد مجزا نمودن اجزاء متمایز موجود در یک گروه صورت پذیرفته است، که تا حدودی ناشی از این دلیل بسیار خوب است که انجام مجموعه ای از کارآزمایی های تصادفی شده برای هر یک از این اجزاء بطور همزمان بطور سرسام آوری گران تمام می شود. بنابراین اگرچه دقیقاً نمی دانیم که کدام اجزاء گروه اجزاء کارای این رویکرد هستند اما می دانیم که کار گروهی شامل آموزش مهارت های مقابله ای، حمایت دوجانبه، با یا بدون درمان دارویی که توسط فرد متخصص راهبری می شود، نتیجه بخش است. شیوه مادسلی برای کار گروهی در زیر توضیح داده می شود:

- تبلیغ و ثبت نام

تا حد امکان باید تبلیغ نمود (در مطب پزشکان عمومی، اطاق های انتظار بیمارستان ها، درمانگاهها، مطب های دندانپزشکی، فروشگاه های محلی، مراکز تجمع عمومی و غیره). نیازی به ارجاع بیماران توسط یک پزشک نیست اگرچه این خود راه خوبی برای جذب بیماران است.

- قالب و شیوه ارائه دوره

تشکیل گروههای بی در و پیکر با حضور و غیاب آزاد برای ترک سیگار توصیه نمی شود چرا که بهتر است گروهی از افراد با یک هدف مشخص که همانا ترک سیگار است تشکیل شود. بنابراین یک فهرست ثبت نام تهیه و پس از جمع شدن تعداد کافی از افراد سیگاری آماده تغییر و متعهد به ترک سیگار برای تشکیل یک گروه، کار شروع می شود. به دنبال این رویکرد می توان حدود ۴۰ نفر را در

جلسه مقدماتی برای آشنایی دعوت نمود که در آن در مورد دوره ترک و نحوه کمک آن آموزش می بینند و تشویق می شوند تا در مورد آمادگی خود برای ترک تصمیم بگیرند. در بعضی کلینیکها افراد بصورت انفرادی مورد ارزیابی قرار گرفته در صورت آمادگی برای ترک سیگار به گروه معرفی می شوند. معمولاً "نیمی از افراد حاضر به این نتیجه می رسند که آماده ترک نیستند و ۲۵-۲۰ سیگاری هفته آینده برای آغاز دوره ترک سیگار باز می گردند. یک دوره شاخص این جلسه معارفه را دارد و سپس با چهار جلسه هفتگی دنبال می شود. می توان فاصله طولانی تری را (اما نه خیلی زیاد) بین جلسه مقدماتی و اولین جلسه ترک در نظر گرفت، در صورت وجود منابع مورد نیاز، پیگیری ۲، ۳ و ۶ ماه پس از آغاز جلسات ترک مناسب است.

گروه های کوچک ۱۰-۵ نفره مشکل آفرین می شود چرا که اگر گروه اینقدر کوچک باشد در صورت عدم مشارکت تعدادی از افراد گروه طی دو هفته بعدی، تعداد اندکی باقی می ماند که ممکن است هیچیک موفق به ترک سیگار نشوند. این اتفاق می تواند موجب سرخوردگی فرد سیگاری و درمانگر شود. کار با گروه های بزرگ ۲۵-۲۰ نفره ممکن است در ابتدا سخت به نظر برسد اما پس از جا افتادن گروه بسیار جذاب و موثر خواهد بود. این گروه ها را نمی توان بصورت خیلی خشک و رسمی و با کنترل مطلق درمانگر بر همه مکالمه ها و تکلیف شرکت کنندگان به کارهایی که باید انجام بدهند، پیش برد. نقش درمانگر تسهیل اقدام به ترک، کمک به ایجاد مهارت های خودیاری و ایجاد شبکه در گروه و فراهم نمودن اطلاعات عمومی است. اولین وظیفه درمانگر ایجاد ارتباط بین اعضای گروه است تا اعضای گروه در حضور یکدیگر احساس راحتی کنند. اگر این کار به خوبی انجام شود گروه خود به زیر گروه هایی تقسیم می شود، اطاق پر از سر و صدا می شود و چون درمانگر تلاشی جهت کنترل تمام اتفاقات روی داده در اطاق نمی کند و همه مذاکرات صورت پذیرفته در اطاق از کانال او به عنوان رییس عبور نمی کند، وقت کافی برای حرکت در بین زیر گروه ها و افراد برای ارائه توجه خاص به آنها در موارد لزوم را دارد. کار در گروه های به این بزرگی وجود موفقیت های زودرس را تضمین می کند که موجب افزایش انگیزه سایر افراد گروه می شود.

- جلسه مقدماتی

جلسه مقدماتی بین ۱۲۰-۹۰ دقیقه طول می کشد پس از خوش آمدگویی به حاضرین از هر یک از افراد گروه خواسته می شود تا خود را معرفی کنند و کمی در مورد عادت استعمال دخانیات خود و تمایلشان به ترک صحبت کنند. جزوه ای شامل نحوه ترک سیگار و توضیح ماهیت دوره و اصول آن بین حاضران توزیع می شود. درمانگر توضیح می دهد که دوره براساس این ایده شکل گرفته است

که استعمال دخانیات یک عادت و نوعی اعتیاد است و سیگار کشیدن یک فرآیند و انتخاب است. او به چرخه تغییر اشاره می نماید و به این حقیقت که اکثر سیگاری ها پیش از موفقیت قطعی چندین بار اقدام به ترک می نمایند. استفاده از لغت شکست پسندیده نیست تاکید بر فرآیند ایجاد تعهد برای تغییر مهم است.

برگه حاوی معادله تغییر به سیگاری ها داده می شود از آنها درخواست می شود تا آن را ذیل عنوانین: دلایل ترک و دلایل ادامه سیگار کشیدن، تکمیل نمایند. درمانگر محل استقرار هر یک از افراد در چرخه تغییر را تعیین می کند. اگر عده ای از شرکت کنندگان آماده ترک نیستند به آنها فرصت داده می شود تا باورهای خود را در مورد مضرات استعمال دخانیات اظهار کنند و جزوه ای در این رابطه به آنها داده می شود. می توان فیلمی را به نمایش گذاشت و درمانگر در موارد مورد نیاز به تشریح طبیعت بیماری نمایش داده شده می پردازد. به سیگاری ها امکان داده می شود تا تصمیم خود را بگیرند.

به سئوالات و نگرانی های سیگاری هایی که مایل به ترک هستند پاسخ دهید مثلا: "آیا افزایش وزن پیدا می کنم؟" یا "با فشارهای روحی چگونه مقابله کنم؟" چون سیگاری ها بیشتر وقت خود را با درمانگر نمی گذرانند، در طی دوره جزوات و مطالب نوشتاری در اختیار سیگاری ها قرار داده می شود تا در موارد لزوم بتوانند به آنها مراجعه کنند.

پایش مونواکسید کربن(CO) در ارائه بازخورد نحوه استعمال دخانیات توسط آنها بسیار ارزشمند است. اگر در گروهی دو نفر درمانگر حضور دارند، یک نفر می تواند میزان مونواکسید کربن هوای تنفسی را در حالیکه دیگری در حال راهبری گروه است، اندازه گیری کند. همچنین می توان سطح مونواکسید کربن را در انتهای جلسه ارزیابی نمود. می توان نحوه اندازه گیری را به خود شرکت کنندگان نیز آموزش داد.

- جلسه دوم و جلسات بعدی

جلسه دوم و سایر جلسات هر کدام به مدت ۹۰ دقیقه طول می کشند و برای کسانی برگزار می گردند که آماده اقدام به ترک سیگار هستند. به کسانی که متعهد به ترک سیگار شده اند خوش آمد گفته می شود و بطور مختصر هر یک خود را معرفی نموده و در مورد اینکه هفته گذشته چگونه بوده است صحبت می کنند. اگرچه جلسه اول تنها برای کمک به سیگاری ها در اتخاذ تصمیم به شرکت در دوره های ترک بوده است اما عده ای آماده ترک بوده اند و در خلال روزهای گذشته سیگار کشیدن

را متوقف نموده اند که این تجربه آنها منبع و برانگیزاننده ارزشمندی برای دیگران است. مباحث این جلسه بر عناصر اصلی طرح عملی آنها برای ترک، بازنگری تجربه یک هفته گذشته، بررسی تجربیات کسانی که قبلاً "تجربه ترک سیگار را داشته اند و بررسی تجربیات نقطه نظرات افراد در مورد جایگزین های نیکوتین و بوپروپیون، متمرکز است. پس از توضیح نحوه طراحی یک برنامه عملی برای ترک، درمانگر گروه را به زیرگروه های کوچک تقسیم می کند تا در تنظیم برنامه های فردی به یکدیگر کمک کنند. می توان در هر گروه یک نفر از کسانی را که سیگار کشیدن را متوقف نموده اند قرار داد. پایش CO انجام می شود و درمانگر در بین گروه ها می چرخد و راهنمایی های لازم را ارائه می نماید.

۱۵ دقیقه مانده به پایان کلاس زیرگروهها جمع می شوند تا پیشرفت کار مورد بازنگری قرار گیرد و به سئوالات احتمالی پاسخ داده شود نظیر:

✓ آیا ترک سیگار ارزش این همه زحمت را دارد؟

✓ آیا افزایش وزن پیدا می بکنم؟

✓ آیا استعمال دخانیات در مقابله با استرس ها به من کمک می کند؟

✓ علائم سندرم ترک چه چیزهایی هستند و تا چه مدت طول می کشند؟

همچنین بحث بر موضوعات عملی متمرکز می شود نظیر:

✓ برنامه عملی

✓ پیش بینی مشکلات پیش رو

✓ اجتناب از موقعیت های مشکل زا و پیدا کردن جایگزین های مناسب

✓ قطع تدریجی یا یکباره استعمال دخانیات

✓ انتخاب یک روز / ساعت برای ترک

✓ نگه داشتن باقیمانده سیگارها یا دور ریختن آنها

✓ گفتن به دیگران یا مخفی نگه داشتن تصمیم به ترک سیگار

✓ انتخاب روز مناسب

✓ جلب حمایت

✓ طراحی پاداش ها

✓ NRT، بوپروپیون و سایر درمان های کمکی

• کلینیکهای ترک سیگار

کلینیکهای تخصصی ترک سیگار که جلسات حمایت رفتاری (حدود شش جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته طی یک دوره ۴ هفته ای) بعلاوه NRT را ارائه می کنند موثر به نظر می رسند. حمایت ها تک نفره یا گروهی ارائه می شود، سایر چیزها کاملاً "یکسان است اما گروه درمانی به وضوح مقرون به صرفه تر است. حمایت شدید شامل حمایت دقیق، کمک به گسترش مهارت های رفتاری و شناختی مقابله ای و اطلاعات مربوط به استفاده موثر از NRT یا بوپروپیون است. در گروه هایی که به این ترتیب تشکیل می شوند به منظور تسهیل حمایت های گروهی و دوطرفه و افزایش تعهد شرکت کنندگان برای ایجاد تغییر، منافع دیگری نیز باید برای گروه دیده شود.

حمایت شدید همراه با NRT یا بوپروپیون میزان ترک را به میزان ۱۹-۱۳ درصد بیشتر از میزان ترک در گروه کنترل (معمولاً "بدون هیچگونه مداخله) بالا می برد. اتحادیه اروپا پیشنهاد می کند که حمایت/درمان شدید را باید به عنوان پشتیبان مداخلات مختصر برای سیگاری هایی که به آن نیاز دارند حفظ نمود. اگرچه نسبت به مداخله مختصر گران تر است اما بسیار مقرون به صرفه است.

الف - تعیین میزان آمادگی برای ترک

اولین قدم در آغاز فعالیت های ترک سیگار بررسی میزان آمادگی فرد سیگاری برای اقدام به ترک است که براساس پاسخ فرد سیگاری به سؤال زیر تعیین می گردد. از فرد مصرف کننده مواد دخانی پرسید:

- همین الان چه احساسی در مورد سیگار کشیدن دارید؟

فرد سیگاری براساس پاسخی که به این سؤال می دهد از نظر آمادگی برای ترک در یکی از سه گروه زیر قرار می گیرد:

۱۷ اگر برآیند پاسخ شما به این سؤال یکی از موارد زیر باشد:

۱۷ من سیگار را خیلی دوست دارم و حاضر نیستم آن را با هیچ چیز عوض کنم

۱۷ من عاشق سیگار هستم

۱۷ دوری از سیگار برای من غیرممکن است

نشانه آن است که وی هنوز برای ترک سیگار آمادگی ندارد و در گروه افراد **ناآماده** برای ترک قرار می گیرد. تلاش شما برای ترک به احتمال زیاد با شکست مواجه خواهد شد. کسانی که در این گروه قرار دارند باید بیشتر به سیگار کشیدن و مضرات آن فکر کنند. یکبار دیگر بیماری های ناشی از استعمال دخانیات و سایر عوارض سوء آن را یادآور شوید. به دلایل خود برای ادامه استعمال دخانیات

فکر کند. غالباً آنها را غیر منطقی خواهد یافت. به مشکلاتی که استعمال دخانیات برای سلامتی او ایجاد کرده است و نارضایتی سایر افراد خانواده نظیر همسر و فرزندان، پدر و مادر و سایر کسانی که او را دوست دارند فکر کند و ببیند آیا ادامه سیگار کشیدن ارزش این تبعات را دارد یا خیر؟ از آنها بخواهید تا نوع نگاهشان به سیگار را عوض کنند و پس از تغییر آن اقدام به ترک نموده از کمک شما بهره بگیرند

۱۷ اگر برآیند پاسخ سیگاری به این سؤال یکی از موارد زیر باشد:

سیگار کشیدن را دوست دارم اما:

- فرزندم به بیماری آسم مبتلا است و پزشک معالجم می گوید که حتی بوی سیگار روی لباس های من هم می تواند موجب آغاز یا تشدید حمله تنگی نفس او شود.
 - اخیراً دچار بیماری قلبی یا تنفسی شده ام و پزشک معالجم گفته است سیگار باعث تشدید علائم بیماری یا حتی مرگ من خواهد شد.
 - یکی از اقوام یا دوستانم که خیلی دوستش دارم و سیگاری به علت بیماری قلبی یا سکتة مغزی یا هر بیماری دیگری که به تایید پزشک ناشی از استعمال دخانیات بوده است زمین گیر شده است و قادر به کار کردن و تامین مخارج زندگی خود نیست، من می ترسم که به سرنوشت او مبتلا شوم و خانواده ام با سختی مواجه شوند.
 - یکی از اقوام یا دوستانم که خیلی دوستش داشتم و سیگاری بود به علت سکتة قلبی یا مغزی یا هر بیماری دیگری که به تایید پزشک ناشی از استعمال دخانیات بوده است فوت نموده است و من می ترسم که به سرنوشت او مبتلا شوم.
 - بخش قابل توجهی از درآمد ماهیانه من صرف تهیه سیگار می شود و این مبلغ در زندگی من نقش تعیین کننده ای دارد بطوریکه با صرفه جوئی آن از راه نخریدن و نکشیدن سیگار می توانم بخشی از هزینه های زندگی خود را تامین کنم
 - سایر مواردی که اهمیت سیگار کشیدن را برای فرد سیگاری تحت الشعاع خود قرار دهد.
- ۱۸ سیگار کشیدن را دوست ندارم اما:
- تاکنون چندبار اقدام به ترک نموده ام و شکست خورده ام (معمولاً در این گروه داشتن تجربه منفی در تلاشهای قبلی برای ترک سیگار شایع ترین علتی است که عنوان می شود).
 - من به سیگار شدیداً اعتیاد دارم و قادر به ترک سیگار نیستم.
 - سن من بالا است و سال ها است که سیگار می کشم، از دوستانم شنیده ام که ترک سیگار در این

سن و پس از سال ها سیگار کشیدن خطرناک است و ممکن است دچار سکت قلبی یا مغزی شوم. پاسخ سیگاری در هر کدام از گروههای فوق که بگنجد در گروه **مردد** قرار دارد یعنی سیگار کشیدن مضراتی را به وی تحمیل نموده است که او را در مورد ادامه آن دچار تردید نموده است. اگر در این گروه قرار دارند اشاره به چند نکته ضروری به نظر می رسد:

➤ به خاطر داشته باشید تعدادی از سیگاری ها برای ترک موفق و کامل استعمال دخانیات نیازمند بیش از یکبار و حتی چندین بار تلاش برای ترک سیگار هستند. به علاوه اینکه این بار شما از یک روش علمی و برنامه ریزی شده برای ترک سیگار استفاده می کنید که احتمال موفقیت شما را چند برابر می کند.

➤ حتی سیگاری هائی که شدیداً به نیکوتین موجود در دود سیگار اعتیاد پیدا کرده اند نیز می توانند سیگار را ترک کنند و اصولاً ترک سیگار در هر سن و با هر میزان استعمال دخانیات (منظور تعداد نخ سیگار مصرفی در روز و مدت زمان اعتیاد به سیگار است) امکان پذیر است.

➤ ترک سیگار در هر سنی برای فرد سیگاری مفید است و اصولاً زیان آور بودن ترک سیگار برای کسانی که سال هاست سیگار می کشند یا در سنین بالا هستند فقط یک افسانه است و حقیقت ندارد. شاید دوستان سیگاری شما چون مایل نیستند شما سیگار کشیدن را ترک کنید و آنها را تنها بگذارید این افسانه ها را می سازند!!!!!!!

هریک از موارد فوق یا دلایل مشابه دیگر که باعث شده باشد سیگاری در گروه مردد قرار بگیرد، بهانه خوب و قدرتمندی برای آماده شدن برای ترک است. تنها باید انگیزه او را افزایش دهید تا بطور کامل آماده ترک شود. برای نیل به این مقصود کارهای زیر را انجام دهید:

✓ اگر به بیماری مبتلا است که براساس نظر پزشک معالج ناشی از استعمال دخانیات است یا با سیگار کشیدن بدتر می شود یا عزیزی را به علت سیگار و ابتلا به بیماری های ناشی از آن از دست داده است به فصل اول مراجعه کنید و اطلاعات بیشتری در مورد بیماری های ناشی از استعمال دخانیات به او بدهید.

✓ اگر هزینه های ناشی از خرید سیگار برای او مشکل است، به محاسبه دقیق کلیه هزینه های استعمال دخانیات خود اعم از خرید سیگار، کبریت یا فندک، گاز فندک، هزینه درمان بیماری ها و هر هزینه دیگری که به علت استعمال دخانیات به او تحمیل شده است پردازد و آنها را روی یک برگه کاغذ ثبت و در معرض دید خود قرار دهد. به خاطر داشته باشید براساس برآورد بانک جهانی هر فرد سیگاری ۲-۳ برابر هزینه خرید سیگار را در طول سال صرف درمان بیماری های ناشی از

استعمال دخانیات می کند.

✓ اگر فرزند بیماری دارد که سیگار کشیدن او موجب تشدید علائم بیماری او می شود به قسمت سیگار کشیدن تحمیلی در فصل اول مراجعه کنید و در مورد آثار دود سیگاری که می کشد بر اطرافیانتان اشاره کنید.

✓ جدول دلایل موافق و مخالف سیگار کشیدن را برای خودشان پر کنند:
تکمیل این جدول تاثیر بسیار مثبتی در افزایش انگیزه برای ترک دارد. هر قدر این جدول کامل تر و با جزئیات بیشتر تکمیل گردد آینه دقیق تری از احساسات و اولویت های فرد را برای ترک سیگار نشان می دهد و انگیزه او را برای ترک موفق بیشتر می کند.

ردیف	دلایل موافق سیگار کشیدن	ردیف	دلایل مخالف سیگار کشیدن
۱		۱	
۲		۲	
۳		۳	
۴		۴	
۵		۵	
۶		۶	

برای تکمیل جدول فوق ابتدا از خود پرسد:

چه چیزهایی را در سیگار کشیدن دوست دارم؟

پاسخ های خود را به این سؤال در ستون سمت راست بنویسید.

سپس از خود پرسید:

چه چیزهایی را در سیگار کشیدن دوست ندارم؟

پاسخ های خود را به این سؤال در ستون سمت چپ بنویسید.

اکنون یافته های خود را از پاسخ هائی که به سئوالات فوق داده اید جمع بندی کنید و در مورد مسیر حرکت بعدی خود تصمیم بگیرید.

۷ در صورتی که پاسخ او به سؤال، چه احساسی در مورد سیگار کشیدن دارید؟، اعلام آمادگی کامل برای ترک سیگار است؛ در گروه **آماده ترک** قرار می گیرد و از انگیزه خوبی برای ترک برخوردار است و امکان موفقیت وی در ترک کامل و موفق سیگار بسیار زیاد است. اکنون اقدامات زیر را جهت آغاز عملیات ترک سیگار انجام دهید:

ب- تعیین میزان وابستگی به نیکوتین:

تعیین میزان وابستگی به نیکوتین نقش مهمی در ارزیابی نیاز شما به استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین در طول دوره اقدام به ترک دارد. بدیهی است در صورت وابستگی شدید به نیکوتین احتمال عدم موفقیت شما در ترک سیگار در صورت عدم استفاده از جایگزین های نیکوتین بالا می رود. جایگزین های نیکوتین (در صفحات بعدی در مورد این مواد و نحوه مصرف آنها بطور مفصل توضیح داده می شود) با کاهش هوسهای شدید سیگار مانع از عود سیگار کشیدن در شما می شوند. به منظور تعیین میزان وابستگی به نیکوتین از آزمون فاگراشتروم استفاده می شود، پس پرسشنامه زیر را تکمیل کنید. در صورتیکه نمره شما **۵ و بیشتر باشد**، نشانه وابستگی شدید به نیکوتین است و نیازمند استفاده از جایگزین های نیکوتین در زمان ترک هستند.

آزمون تعیین میزان وابستگی به نیکوتین (فاگراشتروم)

۱- چه مدت پس از برخاستن از خواب اولین سیگار خود را روشن می کنید؟

۱= طی ۳۰ دقیقه
۰= بعد از ۳۰ دقیقه

۲- آیا خودداری از سیگار کشیدن در مکان های ممنوع نظیر مسجد، کتابخانه، سینما و مکان های مشابه برای شما مشکل است؟

۱= بلی
۰= خیر

۳- صرفنظر از کدام سیگار در طی روز بیش از همه شما را آزار می دهد

۱= اولین سیگار صبح
۰= سایر سیگارهای طول روز

۴- چه تعداد سیگار در روز می کشید؟

۲= ۲۶ نخ یا بیشتر
۱= ۱۶-۲۵ نخ
۰= ۱۶ نخ یا کمتر

۵- آیا در ساعات اولیه صبح بیشتر از سایر مواقع سیگار می کشید؟

۱= بلی
۰= خیر

۶- آیا هنگامی که آنقدر بیمارید که بیشتر روز را در بستر به سر می برید، باز هم سیگار می کشید؟

۱= بلی
۰= خیر

۷- آیا به سیگار خود پک های عمیق می زنید؟

۲= همیشه
۱= گاهی
۰= هرگز

ج- برگه طلائی خود را بنویسید

برگه طلائی از اجزاء بسیار مهم ترک سیگار است. دلیل یا دلایل اصلی ترک خودتان را در این برگه بنویسید. به خاطر داشته باشید از نوشتن جملات کلیشه ای یا چیزهایی که فکر می کنید در مورد مضرات سیگار می دانید در برگه طلائی پرهیز کنید. در برگه طلائی نباید انشا بنویسید بلکه باید دلیل یا دلایل خودتان را برای ترک سیگار بنویسید.

برگه طلائی

چند نمونه از برگه های طلائی

برگه طلائی

سکته قلبی کردم دکتر گفته اگه باز هم سیگار بکشی ممکنه دوباره سکته کنی و بمیری

یا

دیگه از سیگار کشیدن خسته شدم دو قدم که راه میرم دچار تنگی نفس میشم دکتر میگه به علت سیگار

کشیدنه

برگه طلائی

بچه ام آسم داره دکتر گفته بوی سیگار من حتی اگه لباسم بوی سیگار بده باعث شروع حمله آسم بچه
میشه

یا

بچه ام منو نمی بوسه هربار که بهش نزدیک می شم بیوسمش میگه نمی خوام بوی سیگار میدی

از روی برگه طلائی خودتان چندبار رونویسی کنید. یکی از آنها را همیشه داخل جیب لباس یا کیف خود داشته باشید. یک نسخه از آن را در خانه در محلی در دسترس و در معرض دید قرار دهید. یکی را داخل داشبورد ماشین قرار دهید. مطمئن باشید که یک نسخه از برگه طلائی همیشه دم دستتان هست تا در صورت نیاز و در زمان هایی که هوس سیگار به سراغ شما می آید بتوانید به یکی از نسخه های آن دسترسی داشته باشید و با مطالعه آن به خودتان یادآوری کنید که چرا می خواهید سیگار را ترک کنید و انگیزه خودتان را برای مقاومت در مقابل هوس سیگار بالا ببرید.

د- ثبت سیگارهای یک روز

سیگارهایی را که در طول یک شبانه روز (۲۴ ساعت) می کشید در جدولی مثل جدول زیر ثبت کنید.

زمان	خُلق	وضعیت	جایگزین پیشنهادی
------	------	-------	------------------

پر کردن این جدول به شما کمک می کند تا عادت سیگار کشیدن خودتان را بشناسید. به خاطر داشته باشید سیگار کشیدن یک رفتار بسیار پیچیده است که اجزاء آن به تدریج در ناخودآگاه انسان شکل می گیرد. قطعاً شما از روز اول روزی یک بسته یا ۱۰ نخ یا به هر تعدادی که اکنون سیگار می کشید

سیگار نمی کشیدید. شما هم مانند همه سیگاری ها سیگار کشیدن را از یک پُک یا یک نخ آغاز نموده اید و بعد به تدریج بر تعداد سیگارهای مصرفی شما اضافه شده است تا به تعداد فعلی رسیده اید. طی این مدت عادت استعمال دخانیات در شما شکل گرفته است. هر فرد سیگاری عادات خاص خود را هنگام سیگار کشیدن دارد. این عادت ها تحت تاثیر سن، جنس، شغل و بسیاری عوامل دیگر قرار دارد. برای مثال نوجوانان و جوانان به ترتیبی سیگار را در دست می گیرند که در صورت نیاز بتوانند آن را به راحتی از دید بزرگترها مخفی نگهدارند یا نحوه نگهداشتن سیگار در بین انگشتان در خانم ها و آقایان کاملاً با یکدیگر متفاوت است. نحوه بیرون دادن دود سیگار هم در نوجوانان و جوانان با بزرگسالان و بین خانم ها و آقایان با یکدیگر متفاوت است. حتی بیرون دادن دود سیگار در یک فرد هنگام آرامش یا ناراحتی فرق می کند.

با پر کردن قسمت زمان در این جدول درمی یابید که بیشتر سیگارهای خود را در چه ساعاتی از روز روشن می کنید و دلایل شایع روشن کردن سیگار در شما چیست. برای مثال ممکن است دریابید که اگر ۱۵ نخ سیگار در روز می کشید بیشتر سیگارهای خودتان را در ساعاتی که در محل کار هستید روشن می کنید بنابراین ساعات کاری برای شما ساعات پرخطری برای استعمال دخانیات هستند یا بالعکس بیشتر سیگارهایتان را در ساعاتی که در منزل هستید روشن می کنید و بنابراین این ساعات برای شما پرخطرتر هستند. یا براساس وضعیت خلقی ثبت شده در جدول بیشتر زمانیکه عصبی هستید سیگار می کشید یا زمانیکه هیجان زده یا شاد هستید یا در آرامش به سر می برید سیگار روشن می کنید. بنابراین این قسمت از جدول به شما نشان می دهد که بیشتر سیگارهای خودتان را در چه ساعاتی از روز روشن می کنید. در این ساعت ها باید بیشتر مراقب خودتان باشید و برای آنها از قبل برنامه داشته باشید که در قسمت جایگزین ها در واقع این برنامه ها را طراحی می کنید.

در بخش وضعیت، محلی را که سیگار خود را روشن کرده اید ثبت می کنید. با پر کردن این قسمت محل های پرخطر برای هوس سیگار را شناسائی می کنید. به این ترتیب مطلع می شوید که در چه مکانهایی بیشتر هوس سیگار می کنید و باید بیشتر مراقب خود باشید.

جایگزین ها، اقداماتی را نشان می دهد که شما به عنوان جایگزین سیگار در زمانهای روشن کردن سیگار پیشنهاد می کنید. به خاطر داشته باشید بهترین جایگزین ها آنهایی هستند که خود شما پیشنهاد می کنید چرا که شما آنها را براساس امکانات مالی و معنوی خودتان مطرح می کنید و کاملاً در تطابق با وضعیت شما هستند و بنابراین از کارآئی بیشتر و بهتری برخوردارند. هر کدام از وضعیت هایی که در این جدول ثبت می کنید احتمالاً شرایطی هستند که هر روز دلیل روشن کردن سیگارهای شما

هستند، به آنها خوب فکر کنید و با ثبت جایگزین های مناسب در ذهن خودتان سناریوهای از قبل تعریف شده ای برای این هوسها بنویسید تا به موقع بتوانید از آنها استفاده کنید.

نمونه پر شده جدول ثبت سیگارهای یک روز

زمان	خُلُق	وضعیت	جایگزین پیشنهادی
ساعت ۷/۳۰ صبح	خواب آلود	خانه	نرمش صبحگاهی یا دوش آب ولرم
ساعت ۸/۳۰	کسل	خانه بعد از صبحانه	
ساعت ۹/۳۰	عصبانی	محل کار- درگیری با ارباب رجوع	
.....	
.....	

۵- کسب حمایت

یکی از اجزاء مهم دیگر در ترک موفق سیگار کسب حمایت اطرافیان شامل افراد خانواده و دوستان است. به اعضای خانواده خود بگوئید که تصمیم به ترک سیگار گرفته اید و می خواهید با کمک کتاب خودآموز سیگار را ترک کنید.

۶- تعیین روز ترک

در این مرحله روزی را برای ترک کامل سیگار انتخاب می کنید. این روز باید بین ۱۰ تا ۱۴ روز بعد از امروز باشد. اگر در روزهای نزدیک و پیش رو مناسبت خاصی وجود دارد مثلاً سالگرد ازدواج، سال روز تولد خود شما، همسران یا یکی از فرزندان؛ یکی از اعیاد ملی یا مذهبی و روزهایی مشابه این روز را که از نظر سمبلیک در زندگی شما با اهمیت هستند به عنوان روز ترک تعیین کنید. در غیر اینصورت روزی را بین ۱۰ تا ۱۴ روز دیگر به عنوان روز ترک در نظر بگیرید. طی این ۱۴-۱۰ روز با اقداماتی که به شما آموزش داده می شود باید تعداد سیگارهای خود را کم کنید تا در روز ترک بطور کامل سیگار را کنار بگذارید.

ز- آمادگی تا روز ترک

تحقیقات نشان داده است که در صورت کاهش تعداد سیگار مصرفی به کمتر از ۷-۵ نخ در روز؛ فرد سیگاری کمترین علائم سندرم ترک نیکوتین را پس از قطع کامل استعمال دخانیات تجربه می کند. بنابراین یکی از مهمترین اجزاء موفقیت در ترک، کاهش سیگارهای مصرفی تا زمان روز ترک است. بدیهی است هرچه کاهش بیشتری در تعداد سیگار مصرفی بدهید ناراحتی کمتری را پس از ترک تجربه می کنید. به خاطر داشته باشید که برای ترک سیگار عجله نکنید، کسانی هم که در ترک سیگار دچار عجله می شوند خیلی زود سیگار کشیدن در آنها عود می کند و مجدداً سیگار کشیدن را آغاز می نمایند. برای کاهش تدریجی تعداد سیگارهای مصرفی خود به کمتر از ۷-۵ نخ در روز به دستورات زیر عمل کنید:

-نوع سیگار خود را عوض کنید. هر سیگاری به یک نوع خاص سیگار عادت دارد و از طعم آن لذت می برد. کمتر سیگاری را می توانید سراغ بگیرید که در طول مدت استعمال دخانیات خود بیش از حد اکثر یک یا ۲ بار نوع سیگار خود را عوض کرده باشد که آن هم معمولاً بالاچار و به ضرورتی بوده است. عوض کردن سیگار مصرفی باید حتماً به نوع بدتر سیگار باشد؛ اگر چه چیزی به نام سیگار خوب یا با کیفیت وجود ندارد. تغییر طعم و مزه سیگار مصرفی موجب می شود تا تمایل شما به روشن کردن سیگار کمتر شود و در نتیجه تعداد سیگارهای مصرفی تان کمتر می شود.

-سیگارها را نصفه بکشید. تحقیقات نشان داده است که بیش از نیمی از سموم موجود در دود سیگار در یک سوم انتهائی سیگار تجمع پیدا می کند و این قسمت از سیگار واجد بیشترین سموم موجود در دود سیگار است. نصفه کشیدن سیگار و خاموش کردن و دور انداختن نصفه دوم باعث می شود تا هم سموم کمتری وارد بدن شما شود و هم بطور خودکار تعداد سیگارهای مصرفی شما نصف می شود. بخاطر داشته باشید که به هیچ وجه نباید نیمه دوم سیگار را نگه داشته و برای مصرف مجدد روشن کنید.

-دست سیگار کشیدنتان را عوض کنید. اگر راست دست هستید، از این به بعد سیگارهایتان را با دست چپ روشن کنید و بکشید. و اگر چپ دست هستید این کار را با دست راست انجام دهید. همانطور که توضیح داده شد سیگار کشیدن یک عادت روانی است که فرد سیگاری بطور ناخودآگاه به تک تک اجزاء آن عادت نموده است. برای افراد راست دست سیگاری که با دست چپ کشیده شود دیگر مثل سیگارهای قبلی لذت بخش نیست و برای چپ دستها نیز سیگاری که با دست راست کشیده شود لذت سیگارهای قبلی را به همراه ندارد. بنابراین تعویض دست سیگار

کشیدن می تواند با کاهش لذت سیگارهای مصرفی موجب تمایل کمتر فرد سیگاری به سیگار و کاهش تعداد سیگارهای مصرفی گردد.

- **بسته ای سیگار نخرید.** این کار موجب می شود که در ساعاتی از شبانه روز که سیگارتان تمام می شود با یادآوری تصمیمتان به ترک از خرید سیگار اجتناب کنید یا اگر در ساعات شب که در منزل هستید سیگارتان تمام شود، به دلیل سختی بیرون رفتن و خرید سیگار و تصمیمتان مبنی بر ترک سیگار جهت تهیه سیگار اقدام ننمایید و لذا سیگار کمتری بکشید.

- **هر روز روشن کردن اولین سیگار روز را به تاخیر بیندازید.** اولین سیگاری را که در روز می کشید با تاخیر روشن کنید. به خودتان بگوئید "۱۰ دقیقه دیگر اگر میل داشتم، روشن می کنم" و این زمان را مرتب تمدید کنید یعنی ۱۰ دقیقه بعد باز هم روشن کردن سیگار را به ۱۰ دقیقه بعد موکول کنید و این کار را تا جایی ادامه دهید که دیگر نتوانید در مقابل هوس سیگار مقاومت کنید. هر روز این زمان را طولانی تر کنید.

- **به هر کدام از سیگارهایی که روشن می کنید فکر کنید.** هر سیگاری را که می خواهید روشن کنید "از خودتان پرسید آیا واقعاً کشیدن آن ضروری است؟" و تنها سیگارهایی را روشن کنید که واقعاً ضروری هستند و نمی توانید از آنها بگذرید.

- **آب بنوشید.** هر وقت هوس سیگار کردید به جای روشن کردن سیگار یک لیوان آب را جرعه جرعه بنوشید. سعی کنید خوردن یک لیوان آب حداقل ۷ جرعه طول بکشد.

- **بدون سیگار از منزل یا محل کار خارج شوید.** این کار باعث می شود هنگام هوس سیگار، سیگار به همراه نداشته باشید و با یادآوری تصمیمتان برای ترک، سیگار نخرید و نکشید.

- **زیرسیگاری ها را خالی نکنید.** به این ترتیب هم خودتان از تعداد سیگارهایی که در روز می کشید مطلع می گردید و هم جمع شدن ته سیگارها بو و منظره بد و غیرقابل تحملی ایجاد می کند که تنفر شما را از سیگار و انگیزه شما را برای ترک بیشتر می کند.

بسیاری از سیگاری ها، با استفاده از روشهای فوق و راهکارهای دیگری که خودشان پیدا کرده اند، توانسته اند در همین زمان به ظاهر کوتاه ۱۴-۱۰ روزه تعداد سیگارهای خود را به کمتر از ۵ نخ در روز، حتی ۲-۱ نخ در روز برسانند حتی سیگاری هایی با مصرف بیش از یک بسته سیگار در روز مثلاً ۲ بسته یا بیشتر هم قادر به این کار بوده اند.

ح - روز ترک

از این روز شما دیگر سیگار نمی کشید. برای سهولت تحمل این روز اقدامات زیر را انجام دهید:

- تمام سیگارها و کبریت های خودتان را دور بریزید. زیرسیگاری ها و فندک ها را جمع و پنهان کنید.
- لباس های تمیز بپوشید تا از بوی بد سیگار خلاص شوید.
- به دندانپزشکی مراجعه کنید و دندان هایتان را جرم گیری کنید تا رنگ زرد ناشی از رسوب قطران و نیکوتین را از روی دندان هایتان پاک کنید.
- از افراد خانواده کمک بخواهید.
- فهرستی از چیزهای مورد علاقه خود تهیه کنید و با پولی که از سیگار نکشیدن پس انداز می کنید، آن چیزها را برای خود یا عزیزانتان بخرید و به خودتان یا فردی که دوستش دارید هدیه بدهید.
- اگر به خاطر داشته باشید در ابتدای این فصل میزان وابستگی خودتان به نیکوتین را با انجام آزمون فاگراشتروم اندازه گرفتید. اگر نمره شما در آن آزمون ۵ یا بالاتر است به داروخانه مراجعه کنید و آدامس یا برچسب نیکوتین تهیه نمایید. اطلاعات کامل مربوط به انواع جایگزین های نیکوتین و نحوه مصرف آنها را در فصل ۲ پیدا می کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر فصل ۲ را بطور کامل مطالعه کنید. به خاطر داشته باشید که برای غلبه بر هوسهای سیگار ابتدا باید از روش هائی که در زیر به شما آموزش داده می شود استفاده نمائید و تنها در صورتی از جایگزین های نیکوتین استفاده کنید که با روش های زیر قادر به کنترل هوس نبوده باشید.

ط) روشهای کنترل هوس سیگار

برای کنترل هوسهای خود می توانید از شیوه های زیر استفاده کنید. ابتدا چندبار هریک از این شیوه ها را امتحان کنید. به تدریج درمی یابید که کدام یک از این شیوه ها برای شما مناسب تر است و بیشتر به شما کمک می کند یا هر کدام از آنها در کجا و چه موقعیتی اثربخش تر هستند و بیشتر کمک می کنند.

- روش DEAD

نام این روش از حروف اول اسم چهار شیوه مورد استفاده در این روش گرفته شده است:

✓ تاخیر یا Delay

در این روش روشن کردن سیگار را به تاخیر می اندازیم. یعنی وقتی دچار هوس سیگار شدیم روشن کردن سیگار را به تاخیر می اندازیم و می گوئیم نیم ساعت دیگر و این تاخیر را بطور مکرر تمدید می کنیم تا زمانی که دیگر هوس سیگار به سراغمان نیاید. این کار به ما کمک می کند تا بر اضطراب ناشی از نکشیدن سیگار بطور تدریجی غلبه کنیم.

✓ فرار یا Escape

در این شیوه وقتی در مکانی یا موقعیتی قرار می‌گیرید که دچار هوس سیگار می‌شوید باید برای چند دقیقه و بطور موقت از آن محل فرار کنید و پس از کنترل هوس خودتان می‌توانید به آنجا برگردید. مثلاً به یک مهمانی یا مجلس دیگری دعوت شده‌اید و به محض ورود به آنجا با چند نفر از اقوام و دوستان سیگاری خود مواجه می‌شوید که در حال سیگار کشیدن هستند و شما هم هوس سیگار می‌کنید. در این حالت پس از سلام و احوال‌پرسی از آنها عذرخواهی کنید و به بهانه اینکه چیزی را در ماشین جا گذاشته‌اید یا برای کنترل درب‌های ماشین یا هر بهانه دیگری که می‌توانید از آنها جدا شوید و از آن محل خارج شوید برگه طلائی خودتان را از جیب‌تان بیورید و یکبار دیگر آن را بخوانید تا بخاطر آورید که چرا می‌خواستید سیگار کشیدن را ترک کنید. با خودتان صحبت کنید و بگوئید که من دیگر سیگاری نیستم و زحمات زیادی را برای رسیدن به این هدف کشیده‌ام؛ دلم نمی‌خواهد این زحمات به هدر برود. بعد از تقویت اراده می‌توانید به مجلس برگردید و هرگونه تعارف به سیگار را با قاطعیت و گفتن اینکه من سیگاری نیستم، رد کنید.

✓ اجتناب یا Avoid

با توجه به اینکه تازه سیگار را ترک کرده‌اید و هنوز شخصیت یک غیرسیگاری در شما بطور کامل شکل نگرفته است بهتر است از رفتن به محل‌ها و مهمانی‌هایی که خطر سیگار کشیدن در آنها زیاد است خودداری کنید. می‌توانید بطور موقت رفت و آمدهای خودتان را با کسانی که همیشه باهم سیگار می‌کشید محدود کنید. بعد از اینکه اراده شما در ترک سیگار قوام بیشتری پیدا کرد، می‌توانید این ارتباطات را از سر بگیرید.

✓ انحراف ذهن یا Distract

وقتی دچار هوس سیگار می‌شوید، سعی کنید به چیز دیگری فکر کنید. بهتر است به خاطرات خوش زندگی مثلاً روز ازدواج، روز تولد اولین فرزندتان، روز قبولی در دانشگاه یا خاطرات خوشی از این دست فکر کنید.

- روش دو D

✓ تنفس عمیق یا Deep Breathing

در این روش به محض هوس سیگار شروع به تنفس عمیق کنید. به این ترتیب که طی پنج ثانیه دم عمیق بکشید، به مدت پنج ثانیه نفس را در سینه حبس کنید و طی پنج ثانیه نفس را بیرون دهید. برای محاسبه زمان هنگام انجام هر مرحله در دلتان از ۱۰۰۱ تا ۱۰۰۵ بشمارید. در هر بار هوس سیگار ۵ بار این کار را انجام دهید. بنابراین هر بار تنفس عمیق ۱۵ ثانیه طول می‌کشد و ۵ بار انجام این عمل ۷۵ ثانیه

طول می کشد که طی این مدت هوس سیگار از بین می رود. تحقیقات نشان داده است که هر بار هوس سیگار حداکثر ۱۵ ثانیه طول می کشد و در صورت تحمل این زمان هوس پیش آمده از بین می رود.

✓ نوشیدن آب یا Drinking Water

برای کنترل هوس سیگار، در زمان هوس اقدام به نوشیدن یک لیوان آب یخ کنید. به خاطر داشته باشید که نباید لیوان آب را لاجرعه سربکشید. نوشیدن این لیوان آب باید طی ۷ جرعه انجام شود. به این ترتیب تاخیر کافی برای از بین رفتن هوس ایجاد می شود و همچنین خشکی گلو که از عوارض ابتدائی ترک است برطرف می شود.

- روش چهار R

✓ یادآوری یا Remind

هروقت دچار هوس سیگار شدید به برگه طلائی خودتان رجوع کنید و به خودتان یادآوری کنید که شما به چه دلیلی می خواستید سیگار را ترک کنید. به خودتان بگوئید که نمی خواهید سیگار بکشید و زحمات فراوانی را در این راه متحمل شده اید و دوست ندارید این زحمات به همین راحتی به باد بروند.

✓ شرح دادن یا Rehearse

هنگام هوس سیگار به یکی از نزدیکان خود مثل همسر، پدر، مادر، خواهر یا برادر و یا یکی از همکارانتان مراجعه و برای او شرح دهید که در حال ترک سیگار هستید و دچار هوس سیگار شده اید و از آنها بخواهید که برای فراموش کردن این هوس و غلبه بر آن به شما کمک کنند.

✓ مقاومت یا Refuse

یکی از شایع ترین دلایل بازگشت سیگاری ها به استعمال دخانیات عدم توانائی آنها در مقاومت در مقابل تعارف سیگار توسط دوستان است. در این موارد فرد سیگاری باید از دو جمله کلیدی زیر استفاده کند. در ابتدا باید در پاسخ به تعارف سیگار از جمله "من سیگاری نیستم" استفاده کند. به هیچوجه نباید از "من سیگار را ترک کرده ام" استفاده شود. چون این جمله ارتباط با گذشته را برقرار می سازد اما با جمله "من سیگاری نیستم"، سابقه سیگاری بودن به فراموشی سپرده می شود. جمله دومی که باید در این مواقع استفاده شود، "من با زحمت زیادی سیگار را ترک کرده ام اگر اصرار کنی به اینکه سیگار بکشم به همه می گویم که تو مرا سیگاری کرده ای و باعث شکست من در ترک هستی" با این جمله مسئولیت شکست خود را در ترک به عهده فردی که به شما سیگار تعارف کرده است می اندازید و کاری می کنید که او دیگر به شما سیگار تعارف نکند.

۷ پاداش یا Reward

در این تکنیک فرد سیگاری با پول هائی که از نکشیدن و نخريدن سیگار پس انداز می کند برای خود یا یکی از عزیزانش هدیه ای می خرد یا اعضای خانواده را به صرف غذا دعوت می کند. یا با تعریف از خود مبنی بر ترک سیگار به خود پاداش می دهد. پاداشی که اعضای خانواده به او می دهند می تواند به صورت تعریف و تمجید از او برای موفقیت در ترک باشد.

قبل از مواجهه با وضعیت های مشکل ساز که موجب بروز هوس سیگار می شوند آنها را شناسائی کنید و طرح های از پیش تعیین شده ای را برای مقابله با آنها در ذهنتان طراحی کنید. تجربه چندین ساله در کمک به سیگاری ها برای ترک سیگار، کارآمدی روشهای مذکور را به اثبات رسانده است؛ بطوری که بیش از ۹۰ درصد سیگاری هائی که در دوره های ترک از این شیوه ها استفاده نموده اند؛ با استفاده از این روشها موفق به ترک موفق و کامل سیگار شده اند. با استفاده مکرر از این شیوه ها و شناسائی و انتخاب تعدادی از آنها که برای شما بیشتر کارآئی دارند؛ قادر خواهید بود هوسهای سیگار را به خوبی کنترل کنید و سیگار را بطور کامل ترک کنید.

۸ (ی) بهبود اعتماد به نفس

برای حرکت موفق به سمت عملی کردن تغییر، مردم نیازمند پرورش اعتماد به نفس خود برای توانایی تغییر هستند. با تکمیل معادله تصمیم گیری ممکن است برای بیمار روشن شود که ایجاد این تغییر بسیار مهم است. ممکن است بیمار فواید بسیار زیادی برای تغییر ببیند و خواهان انجام آن شود اما اعتماد به نفس کافی برای توانایی انجام آن را در خود نبیند و عقب نشینی نماید. عوامل متعددی می توانند منشاء بروز عدم اعتماد به نفس شوند:

- عده ای تجربیات خوب اندکی در رابطه با ایجاد تغییر در سایر جنبه های زندگی خود دارند و بطور کلی از اعتماد به نفس پایینی برخوردارند. صدمات روحی اخیر یا پرورش یافتن در محیطی که مشوق اعتماد به نفس نیست، ممکن است زمینه ساز شکل گیری اینگونه سطوح پایین اعتماد به نفس باشد.

- عده ای شکست های متعددی را در تلاش برای توقف استعمال دخانیات تجربه نموده اند. در واقع بسیاری از سیگاری ها تنها زمانی به دنبال کمک گرفتن از یک متخصص بهداشتی بر می آیند که بیش از یکبار به تنهایی اقدام به ترک نموده در آن شکست خورده باشند.

- هنگام مشاهده معادله تصمیم گیری خود، عده ای از سیگاری ها در می یابند که علیرغم فواید متعدد ترک دخانیات مضراتی هم وجود دارد. اگر آنها از نحوه مقابله با این مشکلات اطمینان نداشته باشند اعتماد به نفس خود را در توانایی ایجاد تغییر از دست می دهند.

-بدون داشتن برنامه مشخصی برای تمرکز بر آن تصور دقیق چگونگی ایجاد تغییر وجود ندارد و بنابراین هیچ دور نمای مشخصی برای ایجاد اعتماد به نفس وجود ندارد.
معمولاً "اعتماد به نفس با داشتن راهبردهای عملی برای مقابله با موانع قطعی یا فرضی سرراه به بهترین شکلی ایجاد می شود. بعضی از فرآیندهای تغییر مستقیماً" به این موضوع اشاره دارند.

✓مقابله

یافتن جایگزین های رفتاری در موقعیت های پرخطر راهی برای مقابله با هوس های سیگار در کوتاه مدت است. نمونه ها عبارتند از: دوش گرفتن / حمام کردن و گوش دادن به موسیقی هنگام بازگشت از سر کار به منزل به جای سیگار کشیدن؛ گاز زدن میوه، هویج خام، ساقه کرفس و غیره؛ اشتغال به فعالیتهایی که مانع استعمال دخانیات می شود نظیر شنا کردن. بعضی افراد راه هایی را برای انحراف فکر خود در لحظات هوس سیگار طراحی می کنند.
مقابله همچنین می تواند واجد یافتن راه های متفاوتی برای فکر کردن در موقعیت های پرخطر باشد. عده ای از مردم عادت به منفی بافی دارند نظیر:

"من مناسب اینجور کارها نیستم"

"باز هم خراب می کنم"

"فقط عده بخصوصی می توانند این کار را انجام بدهند"

وقتی افراد خود را درگیر تفکر در مورد افکار منفی بافانه خود می کنند می توانند آنها را با افکار زیر جایگزین نمایند:

"قبلاً" این کار را کرده ام باز هم می توانم"

"اگر ۵ دقیقه تحمل کنم این هوس می گذرد"

"این دفعه بدون سیگار این کار را انجام می دهم"

یا تصور نمودن خود در وضعیت بهتری از نظر سلامتی به خود کمک کنند.

این کار نیازمند تمرین است اما با گذشت زمان تبدیل به عادت می شود.

۷-۲- دارو درمانی در ترک سیگار

بطور کلی داروهای مورد استفاده در ترک سیگار در چند گروه تقسیم بندی می شوند. داروهای رده اول عبارتند از: جایگزین های نیکوتین (Nicotine Replacements) و بوپروپیون (Bupropion Hydrochloride)

داروهای رده دوم عبارتند از: نورتریپتیلین (Nortryptiltine) و کلونیدین (Clonidine).

۱-۲-۷- داروهای رده اول

• جایگزینهای نیکوتین

الف - مکانیسم اثر:

نیکوتین به عنوان آگونیست روی گیرنده های نیکوتینی در عقده های عصبی خودکار، غده فوق کلیوی، محل اتصال عصب - عضله و مغز عمل می کند.

ب - فارماکوکینتیک:

آزاد شدن نیکوتین از آدامس باید در محیط قلیائی بزاق صورت پذیرد، بنابراین بلعیدن آدامس، آزادسازی نیکوتین را در محیط اسیدی معده دچار مشکل می کند. نیمه عمر نیکوتین ۱-۲ ساعت است. متابولیسم آن عمدتاً کبدی و دفع آن کلیوی (۲۰-۱۰٪ تغییر نیافته) است. نیکوتین در شیر تجمع می یابد.

ج - انواع جایگزین های نیکوتین

عبارتند از:

- آدامس نیکوتینی (Nicotine Gum)

Nicorette 2mg&4mg ✓، ساخت کارخانه Pharmacia

Nicotinelle® 2mg&4mg ✓، ساخت کارخانه Novartis Consumer Health

Nicorest 2mg ✓، ساخت کارخانه،

- برچسب پوستی نیکوتین (Nicotine Transdermal Patch)

Nicorette 5mg&10mg&15mg/24 hours ✓، ساخت کارخانه Pharmacia

Nicotinelle® 7mg, 14mg, 21mg/24 hours ✓، ساخت کارخانه Novartis Consumer Health

Health

NiQuitinCQ® 7mg, 14mg, 21mg/24hours ✓، ساخت کارخانه

GlaxoSmithKline[GSK]

- قرص زیرزبانی نیکوتین (Nicotine Sublingual Tablet)

Nicorette® 2mg Microtab ✓، ساخت کارخانه Pharmacia

- آب نباتهای نیکوتینی (Nicotine Lozenge)

✓Nicotine 1 mg Lozenge

Novartis Consumer Health، ساخت کارخانه Nicotinelle®

Pharmacia، ساخت کارخانه Nicorette® Microtab

✓Nicotine 2 mg and 4 mg lozenge

GlaxoSmithKline[GSK]، ساخت کارخانه NiQuitin CQ®

- اسپری دهانی نیکوتین (Nicotine Inhalation Cartridge)

✓Nicorette 10 mg inhalation cartridge plus mouthpiece، ساخت کارخانه

Pharmacia

- اسپری بینی نیکوتین (Nicotine Nasal Spray)

✓Nicorette 0.5 mg per puff metered nasal spray، ساخت کارخانه

Pharmacia شواهد محکم بسیار کمی در مورد موثرتر بودن یک محصول نسبت به محصول دیگر وجود دارد بنابراین انتخاب از بین آنها را می توان بر اساس پذیرش فرد، دردسترس بودن و قیمت محصول انجام داد. بعضی محصولات (برای مثال برچسب) موجب جذب آهسته تر نیکوتین می شود در حالی که سایر محصولات نظیر افشانه بینی، سطح جذب بالایی از نیکوتین را به سرعت فراهم می کند. تمام این محصولات را باید بر اساس توصیه های سازنده مورد استفاده قرار داد و در صورت امکان ارجاع فرد سیگاری به یک داروساز برای انتخاب مناسب ترین محصول و دریافت توصیه های مرتبط، عاقلانه است. بسیاری از سیگاری ها به خاطر نگرانی از نیکوتین تمایل به استفاده از مقادیر کمتر NRT دارند تا مقادیر بیشتر. توصیه به استفاده از مقادیر مناسب و به مدت مناسب از این محصولات برای کاهش موثر علائم سندرم ترک بسیار مهم است. تفاوت بین نیکوتین و مواد سمی موجود در دود سیگار نظیر قطران را باید بطور روشن به آنها توضیح داد. باید گفت که NRT از سیگار کشیدن ایمن تر است. در حال حاضر در اکثر کشورها مصرف NRT در زنان حامله، جوانان و بیماران قلبی توصیه نمی شود. مصرف هر شکلی از NRT میزان ترک را در مقایسه با گروه کنترل دو برابر می کند. برای مثال میزان ترک در سیگاری های متوسط یا قهاری که از حمایت شدید استفاده می کنند حدود ۷ درصد (بیشتر از گروه کنترل) است. با NRT این رقم به ۱۵ درصد می رسد.

د - مقدار و نحوه مصرف

- تکنیک استفاده از آدامس

به منظور استفاده صحیح از آدامس نیکوتینی باید نکته های زیر را مدنظر قرار داد:

برنامه ۱۲ هفته ای ترک سیگار با استفاده از جایگزین های نیکوتین				
	۸ هفته اول	۲ هفته	۲ هفته	
آدامس ۲mg*	۸-۱۲ عدد آدامس در روز (حداکثر ۱۵ آدامس در روز)			به تدریج تعداد آدامس مصرفی کم شود
آدامس ۴mg*	۸-۱۲ عدد آدامس در روز (حداکثر ۱۵ آدامس در روز)			به تدریج تعداد آدامس مصرفی کم شود
برچسب پوستی**	۱۵mg/۲۱mg	۱۰mg/۱۴mg	۵mg/۷mg	
اسپری دهانی	۱۲-۶ کارتریج در روز (حداکثر ۱۲ کارتریج در روز)		کاهش تدریجی تا صفر	
اسپری بینی	۱-۲ دُز در ساعت در صورت نیاز	تعداد دُز نصف شود	کاهش تدریجی تا صفر	
Microtab<20 cig/day	با یک میکرو قرص در ساعت آغاز شود			به تدریج تعداد میکروقرص مصرفی کم شود
Microtab>20 cig/day	با دو میکرو قرص در ساعت آغاز شود			به تدریج تعداد میکروقرص مصرفی کم شود

۱) نیکوتین ماده ای محرک و سمی است. از هر نخ سیگار ۰/۵ میلی گرم نیکوتین به بدن فرد سیگاری می رسد. بنابراین هر آدامس ۲mg نیکوتین معادل ۴ نخ سیگار و هر آدامس ۴mg معادل ۸ نخ سیگار نیکوتین دارد. جویدن سریع آدامس موجب آزاد شدن مقادیر زیادی نیکوتین در بدن و جذب آن در خون شده علائم مسمومیت با نیکوتین را ایجاد می نماید. از طرف دیگر نیکوتین بسیار تلخ است و آزاد شدن یکباره آن در محوطه دهان حالت بسیار ناخوشایندی برای فرد سیگاری ایجاد می نماید که وی را از ادامه مصرف منصرف می کند.

۲) بنابراین هنگام استفاده از آدامس نیکوتینی باید به آهستگی جویدن را آغاز نمود و به محض احساس مزه تلخ نیکوتین، جویدن را متوقف و آدامس را تا زمانی که تلخی نیکوتین در محوطه دهان از بین برود، داخل مخاط گونه مخفی نمود. سپس مجدداً جویدن آغاز می شود و پس از احساس مزه تلخ نیکوتین دوباره جویدن متوقف و آدامس در محوطه دهان نگهداری می شود. این عمل تا تمام

شدن نیکوتین موجود در آدامس؛ که علامت آن عدم احساس تلخی در هنگام جویدن است، ادامه می‌یابد. نیکوتین ماده بسیار محرک است و تحریک موضعی مخاطی نیز دارد؛ لذا محل مخفی نمودن آن در فواصل جویدن در مخاط دهان باید بطور مرتب تغییر کند. در غیر اینصورت و در اثر تماس مکرر آدامس با یک نقطه ثابت در دهان می‌توان زخم دهانی برای فرد مصرف‌کننده ایجاد نماید که مانع تداوم مصرف آن می‌گردد.

۵ - مزایا و معایب آدامس نیکوتین

مزایا	معایب
<ul style="list-style-type: none"> • فعالیت دهانی جایگزین • پاسخ سریع تر به محرک ها • مصرف قابل انعطاف 	<ul style="list-style-type: none"> • پذیرش کم بیماران • کارایی کمتر • مزه ناخوشایند • ایجاد مشکل در دندان مصنوعی • عدم مقبولیت آدامس جویدن در جامعه

تکنیک استفاده از برچسب پوستی

به منظور استفاده صحیح از برچسب پوستی نیکوتین باید نکته‌های زیر را مدنظر قرار داد:

یک- برچسب پوستی نیکوتین باید به نقطه‌ای از بدن با حداقل ممکن مو، چسبانیده شود تا تماس پوستی مناسبی برقرار شود. در غیر این صورت تماس نامناسب پوستی موجب عدم جذب کافی و مناسب نیکوتین و نیز کنده شدن برچسب می‌گردد. بنابراین بهترین محل توصیه شده برای چسباندن برچسب، پوست ناحیه داخلی بازو است که کمترین میزان مو را در هر دو جنس مذکر و مونث دارد.

دو- نیکوتین موجود در برچسب نیز قابلیت تحریک پوستی دارد و در صورت استفاده مکرر در یک محل موجب ایجاد حساسیت و خارش و قرمزی و حتی زخمی شدن محل می‌گردد. بنابراین باید محل چسباندن برچسب بطور متناوب در دو بازو و نیز روی یک بازو تغییر پیدا کند تا از بروز این عارضه جلوگیری شود.

و - مزایا و معایب برچسب نیکوتین

مزایا	معایب
<ul style="list-style-type: none"> • استفاده آسان و دستورالعمل ساده • ایجاد غلظت خونی مداوم • پذیرش بالای بیماران 	<ul style="list-style-type: none"> • واکنشهای جلدی • اختلالات خواب • عدم تطابق با هوس های بیمار

ح - موارد منع مصرف

در صورت ابتلای فرد به آئزین صدری شدید، آریتمی های قلبی تهدید کننده حیات، سکته مغزی یا سکته قلبی جدید نباید از این فرآورده ها استفاده نمود.

ط - هشدارها

۱. در صورت ابتلاء فرد به آئزین صدری، آریتمی های قلبی، دیابت نوع I، هیپرتیروئیدیسم، سابقه سکته قلبی، فتوکروموسیتوم، بیماری های وازواسپاستیک، زخم گوارشی فعال، حساسیت به نیکوتین، التهاب مری یا سابقه آن، التهاب دهان و گلو این فرآورده را باید با احتیاط کامل بکار برد.

۲. در صورت وجود اختلال مفصل فکی - گیجگاهی یا اختلالات دندانی، مصرف آدامس باید با احتیاط صورت پذیرد.

ی - عوارض جانبی

آسیب یا تحریک دهان و دندان، فشار خون بالا، سردرد خفیف، افزایش اشتها، افزایش ترشح بزاق، درد در مفاصل فک و گلو درد از عوارض جانبی مهم نیکوتین هستند.

ک - تداخل های دارویی

با ترک سیگار باید به موارد زیر توجه داشت: متابولیسم داروهای متوسولیم داروهای متسع کننده برنش (مثل تئوفیلین)، کافئین، ایمی پرامین، اُکسازپام، پنتازوسین، پروپکسی فن و بتا آگونیست ها کاهش می یابد و لذا مقدار مصرف این داروها باید کاهش یابد. به دلیل کاهش میزان کاته کولامین ها، اثر آنتاگونیست های آلفا افزایش و اثر داروهای مقلد سمپاتیک کاهش می یابد، لذا باید مقدار این داروها را متناسب با نیاز بیمار تنظیم کرد. به دلیل افزایش جذب انسولین و افزایش سطح سرمی آن، مقدار مصرف انسولین را باید کم کرد.

ل - نکات قابل توصیه

- فرآورده های فوق فقط زمانی مصرف شوند که نیاز ضروری به سیگار کشیدن وجود دارد. جویدن آدامس باید بطور متناوب (با فاصله حداقل یک ساعت) و آهسته انجام شود. باید سعی شود تا طی ۲-۳ ماه مقدار دفعات استفاده از آدامس یا قرص زیرزبانی را کاهش داده مصرف آن را قطع کرد.
- از مصرف نوشابه های اسیدی مثل آب مرکبات، قهوه، نوشابه های گازدار و جای ۱۵ دقیقه قبل و یا در حین جویدن آدامس باید خودداری شود.
- در طی درمان با فرآورده های نیکوتین باید از سیگار کشیدن خودداری شود.
- در دوره بارداری نباید از این دارو استفاده شود.
- از بلع آدامسها باید خودداری نمود.
- قرص های زیرزبانی را نباید جوید یا آنها را خرد کرد.

م - علائم مسمومیت با نیکوتین در فصل نیکوتین توضیح داده شده است.

• بوپروپیون هیدروکلراید (زیبان) (Bupropion HCL/Zyban)

الف - اشکال دارویی

Tablet: 75mg, 100mg

Extended Release Tablet: 150mg

ب - موارد مصرف

این دارو در درمان افسردگی شدید و حاد مصرف می شود. اشکال پیوسته رهش (sustained release) دارو به عنوان داروی کمکی در ترک سیگار مصرف می شود.

ج - مکانیسم اثر

اگرچه مکانیسم اثر ضدافسردگی دارو به خوبی شناخته شده نیست، ولی به نظر می رسد این اثر به واسطه اثرات نورآدرنرژیک و یا دوپامینرژیک باشد. این دارو یک مهارکننده ضعیف برداشت نوراپی نفرین، سروتونین و دوپامین است.

د - فارماکوکینتیک

این دارو به سرعت از مجرای گوارش جذب می شود. ۸۴ درصد از دارو به پروتئین های پلاسما پیوند می یابد. بوپروپیون به شدت متابولیزه می شود. نیمه عمر دارو ۳-۴ روز است. اثر دارو ۱-۳ هفته پس از مصرف شروع شده و تا ۱/۵ ساعت در مورد قرص های معمولی و تا ۳ ساعت در مورد قرص های

پیوسته رهش باقی می ماند. بیش از ۶۰ درصد از دارو بصورت متابولیت طی ۲۴ ساعت از طریق ادرار و ۱۰ درصد آن از طریق مدفوع دفع می شود.

۵ - موارد منع مصرف

• این دارو در بیماران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی یا سابقه ابتلا به آن و مبتلایان به بولمیا یا سابقه ابتلای به آن و اختلالات تشنجی نباید مصرف شود. همچنین مصرف دارو در افراد زیر ۱۸ سال، سابقه صرع، مصرف همزمان سایر داروهای ضد تشنج، حاملگی و شیردهی ممنوع است.

و - هشدارها

این دارو در موارد زیر باید با احتیاط فراوان مصرف شود: تومور CNS، ضربه به سر، نقص نورولوژیک، سابقه حملات تشنجی خودبخود، بیماری قلبی، نارسائی کبد و کلیه.

ز - عوارض جانبی

لرزش، اضطراب، سردرد شدید، بثورات جلدی، کهیر، خارش، وزوز گوش، درد شکم، بی اشتهاهی، یبوست، سرگیجه، خشکی دهان، افزایش تعریق، بی خوابی، درد عضلانی، تهوع و استفراغ، فارنژیت و کاهش وزن با مصرف این دارو گزارش شده است.

ح - تداخلهای دارویی

مصرف همزمان این دارو با داروهای مهارکننده مونوآمین اکسیداز، مانند فورازولیدون و پروکاربازین، ممکن است احتمال بروز مسمومیت با بوپروپیون را افزایش دهد. مصرف همزمان داروهای کاهنده آستانه حملات تشنج (مانند ضدافسردگی های سه حلقه ای، کلوزاپین، کورتیکواستروئیدها، فلوکستین، هالوپریدول، لیتیم، ماپروتیلین، فنوتیازین ها، تئوفیلین، تیوگزانتین ها و ترازودون) با این دارو ممکن است خطر بروز حملات تشنجی را افزایش دهد.

ط - نکات قابل توصیه

- دوره درمان با دارو باید کامل شود.
- قرص های معمولی باید با فاصله حداقل ۴ ساعت و قرص های پیوسته رهش با فاصله حداقل ۸ ساعت مصرف شوند.
- از جویدن قرص های پیوسته رهش باید خودداری شود.
- در صورت فراموش کردن یک نوبت مصرف دارو از مصرف آن نوبت باید خودداری شود.
- در صورت مصرف یک داروی مهارکننده آنزیم مونوآمینواکسیداز، مصرف بوپروپیون باید ۱۴ روز بعد آغاز شود.

-از مصرف قرص های بوپروپیون با نام های تجاری مختلف باید خودداری شود.
 -در طول درمان با این دارو از مصرف الکل و داروهای حاوی الکل خودداری شود.
 -به دلیل احتمال بروز سرگیجه، خواب آلودگی و منگی از رانندگی یا کار با ماشین آلاتی که نیاز به هوشیاری دارند، باید خودداری نمود.

ی - مقدار مصرف

بزرگسالان: به عنوان ضدافسردگی ابتدا ۱۵۰ می لیگرم یکبار در روز هنگام صبح تا سه روز و سپس در صورت تحمل بیمار ۱۵۰ می لیگرم دو بار در روز مصرف می شود. برای کمک به توقف سیگار کشیدن، ابتدا ۱۵۰ می لیگرم یکبار در روز برای ۳ روز و سپس ۱۵۰ میلیگرم دو بار در روز از قرص های پیوسته رهش برای مدت ۱۲-۷ هفته مصرف می شود.

۷-۲-۲- داروهای رده دوم

•نورتریپتیلین درمانی

الف - اشکال دارویی

Capsule or Tablet: 10 mg, 25 mg

ب - موارد مصرف

درمان بیماری افسردگی، ترک سیگار به عنوان داروی خط دوم

ج - مکانیسم اثر

از طریق مهار برداشت مجدد نوراپی نفرین و سروتونین توسط پایانه سلول عصبی پیش سیناپسی، غلظت سیناپسی آنها را در سیستم عصبی مرکزی افزایش می دهد. بنظر می رسد که با تداوم مصرف این دارو تغییراتی در سطح گیرنده ها ایجاد می شود که تا حدودی اثرات ضدافسردگی این دارو را توجیه می کند.

د - فارماکوکینتیک

این دارو پس از تجویز خوراکی به سرعت و بطور کامل جذب می شود. دارای متابولیسم گذر اول کبدی است. راه دفع دارو کلیوی است. زمان شروع اثر دارو به عنوان ضدافسردگی ۳-۲ هفته پس از مصرف و نیمه عمر آن ۴۴-۱۸ ساعت می باشد پیوند دارو به پروتئین پلاسما زیاد می باشد.

ه - هشدارها

در موارد زیر مصرف این دارو باید با احتیاط فراوان همراه باشد:

الکلیسم حاد، اختلالات دوقطبی، اختلالات خونی، گوارشی یا قلبی-عروقی، گلوکوم با زاویه بسته، افزایش فشار کره چشم، پرکاری تیروئید، هیپرتروفی پروستات، عیب کار کبد و کلیه، اسکیزوفرنی، حملات تشنجی، حساسیت به داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای و احتباس ادرار.

و - عوارض جانبی

خشکی دهان، خواب آلودگی، ضعف و خستگی، تاری دید، افزایش فشار داخل کره چشم، یبوست، تهوع، اشکال در ادرار کردن، کاهش فشار خون وضعیتی، اختلال ضربان قلب، اختلالات خونی، اغتشاش شعور، عصبانیت و بیقراری، واکنشهای ازدیاد حساسیت، اختلالات رفتاری، اختلالات حرکتی، افزایش اشتها و وزن

ز - تداخل های دارویی

مصرف همزمان با مهارکننده های آنزیم MAO باعث تحریک CNS و بالارفتن فشار خون می گردد. این دارو از طریق کاهش آستانه تشنج با اثر داروهای ضدصرع مقابله می کند. مصرف همزمان با فنوتیازینها موجب افزایش عوارض جانبی آنتی موسکارینی و تسکین بخش هر دو دارو می شود. همچنین احتمال بروز حملات تشنجی را می افزاید. مصرف همزمان با مقلدهای سمپاتیک ممکن است سبب تشدید عوارض قلبی-عروقی و احتمالاً بروز آریتمی یا افزایش فشار خون گردد. مصرف همزمان با داروهای ضد تیروئید ممکن است خطر بروز آگرانولوسینوز را افزایش دهد. مصرف همزمان با داروهای حاوی الکل یا سایر داروهای تضعف CNS سبب بروز ضعف شدید CNS، ضعف تنفسی و کاهش فشار خون می شود. سایمتیدین با مهار متابولیسم دارو موجب افزایش غلظت پلاسمائی آن می شود.

ح - نکات قابل توصیه

- از قطع ناگهانی مصرف دارو باید پرهیز شود. در صورت نیاز، کاهش مصرف به تدریج در طول یک دوره حداقل ۴ هفته ای باید صورت گیرد.
- برای شروع اثرات درمانی دارو حداقل ۲ هفته وقت لازم است.
- به دلیل احتمال بروز سرگیجه و منگی در هنگام برخاستن ناگهانی از حالت خوابیده یا نشسته باید احتیاط نمود.
- احتمال بروز حساسیت به نور با مصرف این دارو وجود دارد. لذا ضروری است از پوشش ضدآفتاب استفاده شود.
- بیمار باید ۷-۳ روز پس از قطع مصرف تحت نظر باشد.

ط - مقدار و نحوه مصرف در ترک سیگار

دارو با مقدار 25mg یکبار در روز آغاز و به تدریج تا میزان $100-75\text{mg}$ در روز افزایش می یابد. مدت ادامه درمان حدود ۱۲ هفته است. دارو را باید ۲۸-۱۰ روز پیش از روز ترک آغاز نمود تا زمان کافی برای رسیدن به سطح سرمی ثابت در حداکثر مقدار مورد مصرف ($100-75\text{mg}$) فراهم گردد.

بسیاری از شیوه های دیگر ترک امتحان شده اند که عده ای در کارآزمایی های بالینی بوده و بسیاری اینگونه نبوده است. یافته های تحقیقات هنوز به حدی خوب نیست که نتیجه بگیریم ارزش درمانی آنها بیشتر از دارونما است. در حال حاضر شواهد کافی برای توصیه به : سیگار کشیدن تا حد ایجاد تنفر، هیپنوز، ضداضطراب ها و ضدافسردگی ها، لابلین و استات نقره وجود ندارد. تاثیر طب سوزنی در حد دارونما است، کلونیدین موثر است اما عوارض جانبی دارد و به عنوان خط اول درمان توصیه نمی شود. تمامی این شیوه های درمانی در *Cochrane Collaboration* در آکسفورد مورد بازنگری قرار گرفته اند. در حال حاضر هیچ دلیلی برای گنجاندن این درمان ها در سیستم های درمانی دارای بودجه عمومی وجود ندارد. در واقع در کشورهای با منابع محدود، اعتقاد شدیدی وجود دارد که منابع را تنها بر روش هایی که در کارآزمایی های بالینی امتحان پس داده اند متمرکز سازند. باوجود این، اگر فردی سیگاری مایل به استفاده از یکی از این شیوه ها باشد یا معتقد باشد که در تلاش برای تغییر به او کمک می کند و خود قادر به تامین هزینه های آن است، متخصص بهداشتی می تواند با بیمار همراهی نماید به ویژه اگر این شیوه یکی از فرآیندهای تغییر را برای مثال تاکید بر ایجاد تعهد یا پیوستن به یک گروه حمایتی را مورد حمایت قرار دهد. باید به فرد سیگاری توضیح داد که چه چیزی می خورد و اینکه بداند که این شیوه ها درمان های جادویی نیستند (اینگونه درمان ها نظیر هیپنوتیزم و طب سوزنی اغلب ادعاهای غلو شده ای در مورد تاثیر خود دارند).

چون این محدوده بسیار فعال است، متخصصین باید با استفاده از یافته های جدید اطلاعات خود را به روز نگه دارند. آنها می توانند با استفاده از اینترنت به راحتی این کار را انجام دهند (به مراجع نگاه کنید).

۸- نگهداری ترک و پیشگیری از عود

مرحله نگهداری دوره ای پرمشغله و فعال است. راهبردهای مقابله ای جدیدی برای اجتناب از عود و تداوم یک شیوه جدید و سالمتر زندگی آموزش داده می شوند. تنها ۲۰ درصد افراد در نخستین تلاش خود مشکلات دیرپای خود را بطور دائم تغییر می دهند (Prochaska et al, 1994). اکثر مردم حداقل تا مدتی به رفتار قبلی خود بازمی گردند تا اینکه مجدداً "برای تغییر اقدام کنند".

چه چیزهایی موجب تسریع عود می شوند؟

معمولاً "عود راهی است برای:

- مقابله با فشارهای هیجانی (یعنی احساس بهبود در موقعیت های بد). برای مثال فرد، روز بدی را در محل کار پشت سر گذاشته است؛ در مسیر خود به منزل تصادفی کوچکی با اتومبیل خود داشته است؛ به منزل می رسد و می بیند که فرزندش بیمار است و ماشین رختشویی خراب شده است. برای مقابله با این فشارها یک سیگار روشن می کند.

- تشدید حالت های هیجانی خوب (یعنی بهتر نمودن حال خود در موقعیت های خوب) برای مثال فرد، در شب اول یک تعطیلات خوب است، بدن خود را کش می آورد و سیگاری روشن می کند تا چند روز آرامش را آغاز کند.

- پاسخ به هوس ها

- پاسخ دهی به فشارهای اجتماعی

۸-۱- اجتناب از عود

مردم برای مقابله با این موقعیت ها و احساس اعتماد به نفس در توانایی کنترل آنها به مهارت هایی نیازمند هستند. هر بار که فرد از یک عود بالقوه اجتناب می نماید اعتماد به نفس او بیشتر می شود و احتمال استفاده موفقیت آمیز راهبرد فوق در نوبت بعدی بیشتر می شود. افراد می توانند خود را در مقابل اینگونه موقعیت های پرخطر هنگامی که در مرحله نگهداری هستند، آماده سازند. با پیش بینی هفته های آتی آنها می توانند موقعیت هایی را که در آن خواهان بازگشت به رفتار قبلی خود هستند، پیشگویی کنند. سپس می توان در طراحی راهبردهای مقابله ای مناسب با استفاده از: جایگزین ها، کنترل محیط و استفاده از روابط یاری رسان حمایتی به آنها کمک کرد. نمونه های واضح عبارتند از:

- مهارت های مثبت در مواجهه با فشارهای اجتماعی
- مدیریت اضطراب یا عصبانیت برای مقابله با حالت های هیجانی منفی
- شبکه های حمایتی برای مقابله با سایر فشارهای هیجانی
- راهبردهای تغییر خلق برای کمک به انحراف ذهن از هوس ها
- تغییر در فعالیت های روزمره به منظور اجتناب از موقعیت های پر هوس

۸-۲- لغزشها و عود

اغلب افراد خود را مقید به یک شیوه سفت و سخت زندگی بدون دخانیات می نمایند و بعد ناگهان دچار لغزش از آن می شوند. بسیاری از کسانی که سیگار را ترک می کنند به محض بروز لغزش، فکر می کنند که شکست خورده اند و عود کامل غیرقابل اجتناب است. سپس احساس گناه نموده به سرزنش خود می پردازند. آنها اعتماد به نفس خود را در به کار بردن راهبردهای مقابله ای خود از دست می دهند و این بازگشت آنها به یک شیوه زندگی سالم را سخت تر می کند. هر عودی با یک لغزش آغاز می شود اما هر لغزشی لزوماً به یک عود ختم نمی شود. مردم می توانند مدیریت لغزشهای خود و بازگشت به وضعیت گذشته را با سرعت هر چه تمام تر یاد بگیرند. کشیدن یک سیگار و سیگاری نشدن، ممکن است.

پس از موفقیت در ترک، کشیدن یک پک سیگار یا یک سیگار کامل به معنای شکست نیست این فقط یک لغزش است. فرد سیگاری باید بلافاصله سیگار را خاموش و علت آنرا تحلیل کند:

- ✓ چرا این سیگار را کشیدم.
- ✓ کجا این سیگار را کشیدم.
- ✓ چه وضعیت خلقی داشتم که این سیگار را کشیدم.
- ✓ چه کسی همراه من بود که این سیگار را روشن کردم.
- ✓ در صورت تکرار این شرایط چه جایگزینی برای سیگار دارم.
- ✓ به علل ترک خود فکر کند.

۸-۳- کمک به مردم در بازیابی

لغزشها و عودها چیزهای زیادی در مورد عادت هایمان و تلاشمان به ترک به ما می آموزند. اما باید بپذیریم که نخستین پاسخ ما می تواند ناامیدی، عصبانیت یا احساس عجز باشد. پذیرش این احساسات و شناسایی آنچه که لغزش یا عود کامل را برانگیخته است به ما کمک می کند تا موقعیت های پرخطر را روشن کنیم و راهبردهای مورد نیاز برای مقابله را طراحی نماییم. مفید است بدانیم:

- آیا افراد جایگزین های کافی برای استفاده داشتند؟ آیا به جایگزین های بیشتری نیاز است؟
- آیا نحوه استفاده آنها از درمان دارویی نیازمند بازنگری است؟
- آیا حمایت کافی در دسترس بود؟ آیا می توان روابط یاری رسان موجود را تقویت نمود یا

حمایت های بیشتری را جلب نمود؟

• آیا پاداش کافی به خود داده بودند؟

• آیا فرد به اندازه کافی آماده و متعهد انجام تغییر بود یا پیش از موعد مناسب اقدام نموده بود؟ آیا

اقدام مجدد خوب است یا به تفکر و آمادگی بیشتری نیاز است؟

بطور مشابه، فرد می تواند برای اجتناب از موقعیت های پرخطر برای بروز لغزش از تلاش های موفق خود تجربه کسب کند. این تجربیات نشان می دهند که کدام راهبردهای مقابله ای کارایی دارند و مهارت ها چگونه توسعه می یابند. پیش از هر چیز این تجربیات موفق موجب ایجاد اعتماد به نفس می شوند.

۹- دستورالعمل راه اندازی کلینیک های ترک سیگار در ایران

براساس مطالعات و پژوهشهای مختلف بین المللی و تجربیات حاصل از ۸ سال راه اندازی کلینیک های ترک سیگار در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور تشکیل گروه برای ترک سیگار بهترین و موثرترین شیوه برای کمک به سیگاری های مایل به ترک است.

این روش مجموعه ای متشکل از آموزش، دارو درمانی (جایگزین های نیکوتین یا بوپروپیون) و تکنیک های کنترل هوس سیگار است که به منظور کمک به فرد سیگاری برای تغییر رفتار سیگار کشیدن ارائه می گردند. هر دوره آموزشی شامل ۶ جلسه ۱/۵ ساعته طی یک ماه است که در دو هفته اول هفته ای دو جلسه و سپس هفته ای یک جلسه تشکیل می گردد. فاصله زمانی جلسات به شکل زیر تنظیم می گردد:

	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم
گروه I	شنبه (جلسه اول)	شنبه (جلسه سوم)	سه شنبه (جلسه پنجم)	سه شنبه (جلسه ششم)
گروه II	یکشنبه (جلسه اول)	یکشنبه (جلسه سوم)	سه شنبه (جلسه پنجم)	سه شنبه (جلسه ششم)
گروه III	دوشنبه (جلسه اول)	دوشنبه (جلسه سوم)	سه شنبه (جلسه پنجم)	سه شنبه (جلسه ششم)
	سه شنبه (جلسه دوم)	سه شنبه (جلسه چهارم)	چهارشنبه (جلسه اول)	چهارشنبه (جلسه دوم)
	چهارشنبه (جلسه اول)	چهارشنبه (جلسه چهارم)	پنجشنبه (جلسه اول)	پنجشنبه (جلسه دوم)
	پنجشنبه (جلسه اول)	پنجشنبه (جلسه چهارم)	شنبه (جلسه اول)	شنبه (جلسه دوم)

تعداد مناسب برای تشکیل یک گروه ۱۵-۱۰ نفر است.

۹-۱- مشروح جلسات

فرم شماره ۱ (فرم ثبت نام) و فرم شماره ۲ (اطلاعات عمومی) پیش از آغاز دوره و در زمان ثبت نام برای شرکت در دوره ترک سیگار توسط همکار شما در مرکز بهداشتی - درمانی که می تواند کارشناس/کارشان بهداشت محیط یا کارشناس بهداشت روان یا فرد دیگری از همکاران شما در مرکز باشد، در اختیار بیمار قرار می گیرد و توسط فرد سیگاری متقاضی ترک تکمیل می گردد. فرمها در پایان همین فصل بطور کامل توضیح داده می شوند. فرد همکار شما باید اطلاعات کافی در مورد مشخصات دوره داشته و از قابلیت‌های مناسبی برای برقراری ارتباط برخوردار باشد تا بتواند متقاضیان ترک را در مورد محتوای دوره و نحوه حضور آنان توجیه نماید و به سئوالات آنان در این مورد پاسخ گوید.

۹-۱-۱- جلسه اول

در ابتدای جلسه از بیماران یک معاینه مقدماتی ساده شامل سمع قلب و ریه و اندازه گیری فشار خون بعمل می آید و اطلاعات حاصله در «فرم گزارش کلینیک» ثبت می گردد. فرمهای «آیا می دانید؟»، «بررسی انگیزه ترک»، و «محرکهای استعمال دخانیات» توزیع و توسط سیگاری ها تکمیل می گردد. نحوه تهیه برگه طلایی به سیگاری ها توضیح داده می شود و تاکید می گردد که در جلسه بعد برگه های طلایی خود را به کلاس آورده و در حضور جمع از روی آن می خوانند. در این جلسه به سیگاری ها تاکید می کنید که جهت کسب حمایت حتما باید اعضای خانواده خود را در جریان ثبت نام خود برای ترک سیگار بگذارند و از آنها درخواست کمک نمایند. به آنها یادآور می شوید که جلسه سوم روز ترک است و اینکه برای به حداقل رسانیدن عوارض سندرم ترک نیکوتین باید تعداد سیگارهای مصرفی خود را با استفاده از تکنیک هائی که در فصل ترک سیگار آمده است و در همین جلسه به آنها آموزش می دهید؛ به کمتر از ۵ نخ در روز برسانند. در صورت عدم توانائی در این میزان کاهش تعداد سیگارهای مصرفی خود را تا جائی که می توانند کمتر کنند. در مورد بیماری های ناشی از استعمال دخانیات برای آنها صحبت کنید.

۹-۱-۲- جلسه دوم

در این جلسه بیماران از روی برگه های طلایی خود می خوانند و دلایل اقدام به ترک خود را بیان می کنند. محتویات دود سیگار و نیکوتین تدریس می شود. فیلمهای تهیه شده برای بیماران به نمایش

گذاشته می شود. بیماران در مورد احساس خود در اقدام به ترک صحبت می کنند. به سیگاری ها بگوئید باقی مانده سیگارهای خود را برای مراسم معدوم نمودن سیگارها در جلسه سوم با خود به همراه بیاورند.

۹-۱-۳- جلسه سوم

این جلسه روز ترک است. در این جلسه بیماران به شکل دایره قرار می گیرند. در مرکز این دایره یک سطل زباله قرار می دهید. پیش از آغاز مراسم معدوم نمودن باقیمانده سیگارهای خود سیگاری ها بطور دست جمعی دعائی را بعد از شما تکرار می کنند. متن دعا می تواند به شرح زیر باشد:

« خدایا اکنون که با توکل به تو اقدام به ترک عادت ناپسند سیگار کشیدن نموده ام از تو می خواهم تا به حرکت من برکت دهی و من را در ادامه این راه تا موفقیت یاری نمائی، آمین یا رب العالمین »

سپس سیگاری ها به ترتیب به میانه حلقه رفته با له کردن سیگارهای خود آنها را به داخل سطل زباله می اندازند. این به معنای آن است که محل سیگار داخل سطل زباله است و بازگشت به آن به معنای برداشتن سیگار از داخل سطل زباله است.

پس از اجرای این مراسم به سیگاری ها در مورد سندرم ترک دخانیات و جایگزین های نیکوتین آموزش می دهید. در همین جلسه تکنیک های کنترل هوس سیگار را آموزش می دهید. به خاطر داشته باشید که در این جلسه باید به سیگاری ها تاکید کنید که حتی در صورت استعمال دخانیات در فاصله بین جلسه سوم و چهارم حتما در جلسه چهارم حاضر شوند چون ملاک موفقیت در ترک، عدم استعمال دخانیات در پایان جلسه ششم است. در غیر اینصورت سیگاری هائی که در این فاصله سیگار کشیده اند به گمان شکست در ترک سیگار از حضور در ادامه جلسات خودداری می ورزند. در این جلسه به سیگاری هائی که نمره فاگراشتروم آنها ۵ و بیشتر است، آدامس نیکوتینی تحویل می دهید. نمره فاگراشتروم بیماران با پاسخ های داده شده در فرم شماره ۱ از قبل محاسبه شده است. اما حتی به سیگاری هائی که نمره فاگراشتروم آنها زیر ۵ است هم یک ورقه ۱۰ عددی آدامس نیکوتینی تحویل دهید تا در صورت بروز هوسهای غیرقابل کنترل از آن استفاده کنند. به سیگاری ها بگوئید که باید هوس های خود را با استفاده از تکنیک های کنترل هوس مدیریت کنند و در صورت عدم موفقیت در کنترل هوسها به این شیوه از آدامس نیکوتینی استفاده کنند. در این جلسه فرم شماره ۵ توسط بیماران تکمیل می شود.

۹-۱-۴- جلسات چهارم و پنجم

در این جلسات شما بیشتر نقش تسهیل کننده را برعهده دارید. در ابتدای جلسات چهارم و پنجم سؤال می کنید که در فاصله بین دو جلسه سیگار کشیده اند یا خیر؟ سپس بطور جداگانه و به نوبت علت استعمال دخانیات آنها را می پرسید و از دیگر اعضای گروه می خواهید که اگر آنها تجربه مشابهی را پشت سر گذاشته اند اما توانسته اند هوس سیگار خود را کنترل کنند، راه پیشنهادی خود را به این فرد ارائه دهند. این کار را ادامه می دهید تا زمانی که همه افرادی از گروه که دچار لغزش شده اند، لغزش خود را بیان و آن را بطور گروهی تحلیل کرده باشید. در این جلسه ها فرم شماره ۶ «پرسشنامه دارویی» و فرم شماره ۷ «بررسی وضعیت بیمار پس از ترک» تکمیل می گردد. در جلسه چهارم و پنجم مفهوم لغزش و تحلیل آن را تدریس می کنید.

۹-۱-۵- جلسه ششم

در مورد عود و عوامل پیش بینی آن و راهکارهای پیشگیری از آن صحبت کنید. به آنها یادآور شوید که هوس سیگار ممکن است تا آخر عمر همراه آنها باشد و هر از گاهی خود را نشان دهد بنابراین باید همیشه آماده باشند تا بتوانند هوس سیگار کشیدن را کنترل کنند. به خاطر داشته باشند که این تکنیک ها و مهارت ها برای یک عمر به درد آنها می خورد. برای کسانی که موفق به ترک سیگار شده اند دیلم ترک سیگار تهیه کنید و به آنها تحویل دهید و به آنهایی که موفق به ترک سیگار نشده اند یادآوری کنید که تعدادی از سیگاری ها برای ترک موفق نیاز به چند بار تلاش دارند و آنها می توانند در دوره های بعدی مجددا شرکت کنند تا موفق به ترک کامل سیگار شوند. لازم به ذکر است که برای هریک از سیگاری ها پرونده ای تشکیل می شود که فرم های مربوط به هر فرد در آن ثبت می گردد. اطلاعات بدست آمده از فرمها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و به وسیله فرم های گزارش دهی دوره ای به مرکز بهداشت استان گزارش می شود و از آن طریق به دبیرخانه ستاد اجرای قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات ارسال می گردد.

۱۰- پیوستها (جهت مطالعه بیشتر)

۱۰-۱- چگونه می توانید فرد موفق در راه اندازی دوره های ترک باشید

برای اینکه بتوانید فرد موفق در کمک به سیگاری ها باشید و دوره های ترک موفق را راه اندازی کنید باید با مهارت های زیر آشنا شده خود را با ابزارهای مناسب جهت تقویت این توانمندی ها در

خود مجهز سازید. این توانمندی ها عبارتند از: آشنائی با مراحل تغییر، آشنائی با فرآیندهای کلیدی در ترغیب سیگاری ها به اقدام به تغییر، توانائی ایجاد رابطه یاری رسان با سیگاری ها، نحوه استخراج اطلاعات از سیگاری ها

۱۰-۱-۱-۱-۱-۱۰- مراحل تغییر

پروچاسکا ودی کلمنت مرحله‌ی را توضیح داده اند که مردم در خلال تغییر رفتار از آنها عبور می‌کنند. در هر مرحله نحوه تفکر و احساسات فرد در مورد مشکل رفتاری خود متفاوت است و در می‌یابند که فرآیندها و مداخله‌های مختلف در حرکت در جهت تغییر به آنها کمک خواهند نمود. این الگو اکثراً "به شکل یک دایره نمایش داده می‌شود. می‌توان گفت که فرد پیش از ورود به این چرخه در مرحله پیش تفکر قرار دارد. افراد در این مرحله تمایلی به تغییر ندارند. گاهی اوقات علت این است که مشکلی با رفتار خود ندارند. گاهی اوقات علت آن است که نمی‌دانند رفتارشان آنها را در معرض چه مشکلاتی و خطراتی قرار می‌دهد. عده‌ای بطور کامل از خطرات رفتار خود آگاه هستند اما به دلایل دیگری که برای آنها ارزشمند است تمایلی به تغییر رفتار خود ندارند.

افزایش آگاهی‌های فرد یا نگرانی در مورد خطرات و مشکلات ناشی از یک رفتار موجب حرکت فرد به سمت تفکر در مورد رفتار خود می‌شود. در این مرحله ذهن فرد به دو تکه تقسیم می‌شود از یک سو خواهان تغییر در رفتار خود است و از سوئی دیگر هنوز احساس وابستگی و کشش نسبت به آن دارد. این افراد آماده تغییر نیستند و ممکن است سال‌ها در این مرحله باقی بمانند و بطور مداوم به تغییر فکر کنند.

افرادی که در مرحله آمادگی هستند در حال طراحی برای اقدام هستند. آنها در حال آغاز تغییرات کوچکی هستند و رفتارهای متفاوتی را امتحان می‌کنند. ممکن است با دیگران در مورد قصد خود برای تغییر گفتگو کنند و طرحهای روشنی را برای نحوه اجرای آن بیان نمایند.

در مرحله عمل افراد بطور مشهود تغییراتی را ایجاد می‌کنند و انرژی قابل توجهی را صرف آن می‌نمایند. در این مرحله اغلب افراد وارد گروه‌های تخصصی یا گروه‌های خود یار می‌شوند.

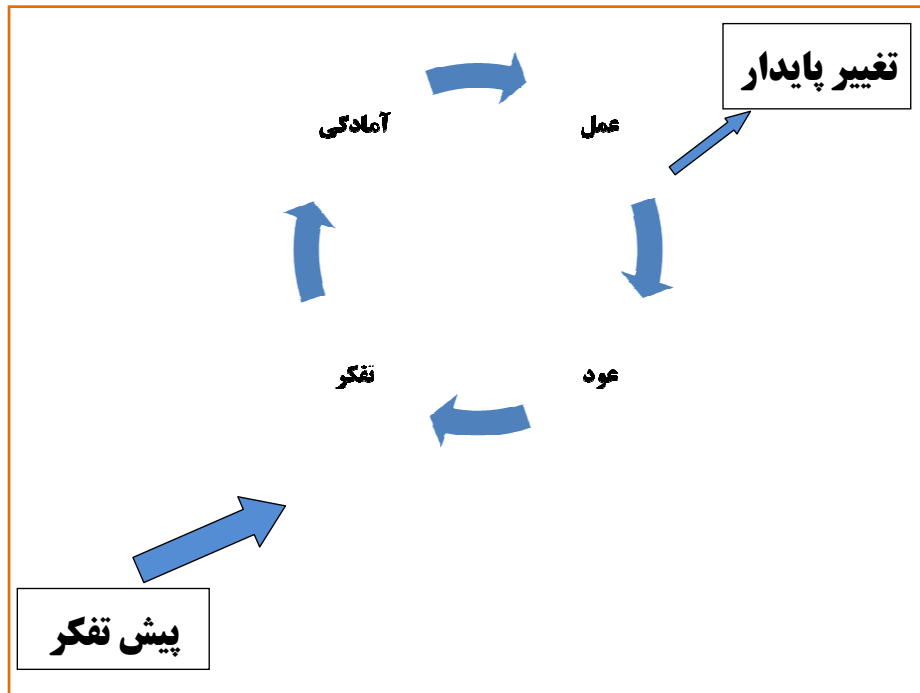
به دنبال این مرحله فعال، مرحله نگهداری می‌آید که در آن رفتار جدید ادامه یافته تقویت می‌شود و تغییرات موقتی تبدیل به بخشی از یک رفتار جا افتاده تر می‌شوند. در صورت عدم وقوع استحکام در تغییر، فرد به سمت عود حرکت نموده و از این مرحله به مرحله پیش تفکر یا تفکر باز می‌گردد.

افراد موفق به شکل سامانمند از خلال این مراحل عبور می‌کنند تا به مرحله نگهداری برسند و در آن

تغییر خود را به میزان کافی مستحکم نموده از این چرخه خارج شوند. در این حالت تغییر رفتار شیوه جدید و مستقری در زندگی می شود.

عده ای بسیار به سرعت از این مراحل عبور می کنند. اگر مراحل تفکر یا آمادگی به سرعت پشت سر گذاشته شوند به علت عدم صرف انرژی کافی در حمایت مناسب از تصمیم گیری و طراحی برای تغییر، خطر عود بالاتر است.

این الگو فرضی است یعنی بدون توجه به نحوه توضیح مشکل توسط فرد برای خود، استفاده یا عدم استفاده از کمکهای تخصصی و در صورت وجود، فرضیه ها و شیوه های مورد استفاده درمانگر طراحی شده است.



۱۰-۱-۲- فرآیند تغییر

به منظور تغییر رفتار، مردم بسیاری از جنبه های دیگر زندگی خود را نیز تغییر می دهند نظیر:

- آگاهی از خود
- آگاهی از تاثیر رفتار بر خود

● احساس خود در مورد رفتار مورد نظر

● تصویر سازی از خود

● تفکر

تعدیل رفتار قابل مشاهده ترین تغییر است و اغلب بیشتر مد نظر قرار می گیرد. با وجود این، با کمک به مردم در ایجاد تغییرات دیگری که کمتر محسوس هستند می توان به آنها کمک کرد که از یکی از مراحل تغییر به بعدی حرکت کنند.

نه فرآیند کلیدی وجود دارد که مردم در گذر از مراحل تغییر برای حل مشکلات خود به کار می بندند. فرآیندهای مختلف در مراحل مختلف به کار بسته می شوند. این نه فرآیند عبارتند از:

● افزایش هوشیاری

● آزاد سازی اجتماعی

● بیداری احساسی

● خود ارزیابی مجدد

● مشارکت

● جایزه

● مقابله

● کنترل محیط

● ایجاد رابطه های یاری رسان

افزایش هوشیاری

(آگاه شدن)

این موضوع ریشه در افزایش آگاهی فرد یا طبیعت خود مشکل دارد. مطالعه نوشته های حاوی اطلاعات یا آگاهی از الگوی رفتاری خود با ثبت روزانه آن یا دریافت باز خورد رفتار خود از دیگران نمونه هایی از چگونگی افزایش آگاهی هستند. افزایش آگاهی بیشتر در مراحل پیش تفکر و تفکر مورد استفاده قرار می گیرد.

آزاد سازی اجتماعی

(افزایش جایگزین ها)

آزاد سازی اجتماعی نیرویی خارجی است که از تغییرات اجتماعی برمی خیزد. اینگونه تغییرات توسط افراد در مراحل مختلف به گونه های مختلفی درک می شود. برای مثال، اگر استعمال دخانیات

در سامانه حمل و نقل عمومی (اتوبوس، قطار) ممنوع شود، افرادی که در مرحله پیش تفکر قرار دارند آگاهی می یابند که سیگار کشیدن چقدر برای آنها مهم است و بازگشت از محل کار به منزل خسته و درهم فشرده، بدون سیگار کشیدن چقدر مشکل است. ممکن است این وضعیت موجب آگاه شدن آنان به وابستگی به این عادت شود. با وجود این، مسافران اتوبوس یا قطار که در مرحله نگهداری هستند این اقدام را حمایتی و ایجاد یک محیط فاقد دخانیات در ساعات پر خطر روز می یابند.

بیداری هیجانی

این بسیار شبیه مفهوم کاتارسیس (برون ریزی احساسات) است که عبارت است از یک تجربه هیجانی شدید که در اثر اتفاقی مرتبط با آن مشکل آغاز می شود. این حالت ممکن است در نتیجه بروز یک تراژدی در زندگی فرد نمایان شود (افراد اغلب اظهار می دارند که به خطر افتادن سلامت یا مرگ یکی از وابستگان موجب حرکت آنها از مرحله پیش تفکر به تفکر شده است). شیوه استفاده از فیلم یا درام می تواند موجب بیداری هیجانی شود.

خود ارزیابی مجدد

(خلق تصویر جدید)

خاستگاه این حالت تفکر در مورد دریافت فرد از خود، اهداف و ارزشهای مهم مورد نظر فرد و نحوه ارتباط آنها با مشکل رفتاری موجود یا تقابل آنها با یکدیگر است. استفاده از این فرآیند اغلب متضمن ارزیابی منافع و مضار رفتار و منافع و مضار تغییر آن است. این فرآیند اکثراً "در مراحل تفکر و آمادگی مفید به نظر میرسد.

تعهد

تعهد در مراحل آمادگی، عمل و نگهداری مهم است. این تعهد همراه با پذیرش مسئولیت از طرف فرد در قبال انتخاب خود برای تغییر ایجاد می شود. اگر یک تعهد فردی به عرصه اجتماع تسری یابد فشار اجتماعی لازم برای ایجاد تغییر را ایجاد می نماید. گروههای خودیار اغلب به این دلیل است که به دنبال جلب تعهدات اجتماعی هستند.

جایزه

مردم هنگامی که در مرحله عمل قرار دارند از راههای مختلفی به خودشان پاداش می دهند. فرد می تواند از خود تعریف کند یا از تعریف دوستان، همکاران یا افراد فامیل بهره برد. عده ای با پولهایی

که از ترک سیگار یا سایر موارد ذخیره کرده اند برای خود هدیه می خرنند. در مرحله عمل پاداشها بسیار مهم هستند چرا که بروز منافع ذاتی تغییر رفتار زمانبر است. گاهی فرد در مراحل ابتدایی ترک استعمال دخانیات یا سایر موارد یا آغاز تمرینات ورزشی احساس بدتری می کند. تنها پس از گذشت هفته ها یا ماهها از تغییر رفتار، فواید آن آشکار می شود.

مقابله

(استفاده از جایگزین ها)

این کار عبارت است از جایگزینی رفتارهای سالم یا بی خطر به جای رفتار تغییر یافته. این رفتارها بطور ویژه ای با رفتارهایی که فرد در تلاش برای ترک آن است در ارتباطند (برای مثال سیگار کشیدن، مصرف سایر موارد، پرخوری). فعالیت های تغییر دهنده خلق (موسیقی گوش کردن، فعالیت جسمی، درمان شل سازی) یکی از راه های مقابله با وضعیتهای هیجانی به شیوه ای دیگر است. هر فعالیتی که فرد را از تفکر در مورد یا هوس مشکل رفتاری خود منحرف می سازد راه دیگری برای مقابله است. افراد در مراحل عمل و نگهداری از مقابله استفاده می کنند.

کنترل محیط

این شیوه نیز در مراحل عمل و نگهداری برای کنترل محیط مفید است تا هوس ها به منظور تسهیل جایگزینی رفتارهای سالم به جای رفتارهای ناسالم کاهش یابند. بطور مثال کسی که در پی تغییر رفتار خوردن یا نوشیدن خود است باید میزان غذاها یا نوشیدنی هایی را که در منزل نگهداری می کند کم کند. عده ای دیگر یادداشت هایی جهت یادآوری به خود نوشته در نقاط حساسی در منزل یا محل کار می گذارند.

ایجاد رابطه های یاری رسان

هر کسی می تواند یک رابطه یاری رسان با متخصص امور بهداشتی، یکی از اعضای گروه خودیار، یکی از اعضای خانواده، یک دوست، یک روحانی یا یک همکار برقرار کند. رابطه یاری رسان فرآیند مهمی است. احتمال اینکه افراد جوای تغییر بدنال اینگونه حمایتها باشند در مراحل عمل و نگهداری بیشتر است. متخصصان بهداشتی بدنال برقراری چنین ارتباطی با افراد در مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی نیز هستند. انسانها در مراحل مختلف براساس سایر فرآیندهایی که مورد استفاده قرار می دهند (مثلا کسی که طی فرآیند خود ارزیابی گوش میکند و سئوالات به جایی می کند یا کسی که در حال تهیه جایزه است) نیازمند کمک های مختلفی هستند.

پیش تفکر	تفکر	آمادگی	عمل	نگهداری

فرآیندهای تغییر در مراحل ویژه تغییر بسیار مفید هستند. در بسیاری از موارد کسانی که مایل به ایجاد تغییری هستند از این فرآیندها به ترتیبی که در جدول نشان داده شده است استفاده می کنند.

۱۰-۱-۳- تمرین گروهی مراحل تغییر - سؤالات

ده اقدام زیر را در نظر بگیرید. هر کدام از آنها باید یکی یا بیشتر از فرآیندهای تغییر را برانگیزند. زیر هر یک از آنها فرآیندی را که در این اقدام باید مورد استفاده قرار گیرد بنویسید و دور یکی یا بیشتر از یکی از پاسخ ها دایره بکشید تا نشان دهید که در کدام مرحله یا مراحل (به هر تعداد که می خواهید دایره بکشید) فرد خواهان تغییر از این اقدام فایده خواهد برد. سعی کنید تا در گروه خود به یک اجماع برسید. اگر مخالفید دلایل خود را بطور کامل توضیح دهید:

۱. الگوی استعمال دخانیات یک روز خود را ثبت کنید.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۲. پیوستن به یک گروه ترک سیگار.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۳. به دوستان و اقوام بگویید که می خواهید سیگار را ترک کنید.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۴. نتایج آزمایشات طبی را دریافت نموده اید که نشان می دهد استعمال دخانیات وارد نمودن صدمات جدی را به سلامت شما آغاز نموده است.
فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۵. بر آورد منافع و مضرات استعمال دخانیات.
فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۶. مشاهده یک برنامه تلویزیونی که در آن فردی با شیوه زندگی ناسالم به علت بیماری قلبی می میرد.
فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل

•نگهداری

۷. ثبت اطلاعاتی از اینترنت در مورد شیوه های مختلف ترک سیگار.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

•پیش تفکر

•تفکر

•آمادگی

•عمل

•نگهداری

۸. اعلان دفتر کار، اطاق خواب یا ماشین خود به عنوان محل عاری از دخانیات و

نصب علامت ممنوعیت استعمال دخانیات در آن.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

•پیش تفکر

•تفکر

•آمادگی

•عمل

•نگهداری

۹. خرید یک هدیه برای خود به مناسبت توقف استعمال دخانیات به مدت یک ماه.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

•پیش تفکر

•تفکر

•آمادگی

- عمل
- نگهداری

۱۰. آموختن مهارت های شل سازی عضلات.

فرآیند:

مراحل (دور یکی یا بیشتر دایره بکشید)

- پیش تفکر
- تفکر
- آمادگی
- عمل
- نگهداری

۱-۱-۴- تمرین گروهی مراحل تغییر - پاسخ ها

هر یک از فعالیت های در نظر گرفته شده در این تمرین یک یا بیشتر از یکی از فرآیندهای تغییر را برمی انگیزد و نیز در بعضی از مراحل تغییر نسبت به مراحل دیگر مفیدتر است. در زیر مثال هایی از نحوه پاسخ دهی افراد به این فعالیت ها آمده است.

۱. ثبت الگوی استعمال دخانیات یک روز خود:

این کار فرد سیگاری را در مورد عادت خود مطلع می سازد و خود آگاهی او را در مورد الگوی رفتاری خود، مضامین و نتایج آن افزایش می دهد. به این شکل این اقدام در مراحل پیش تفکر و تفکر بسیار مفید هستند. کسی که در مرحله آمادگی است با استفاده از ثبت عادت خود، برانگیزاننده های رفتار خود را شناسایی می کند تا یک برنامه عملکرد خوب را برای استفاده از رفتارهای جایگزین به عنوان یک فرآیند مقابله ای طراحی کند.

عده ای تلاش های خود را در مسیر تغییر ثبت می کنند. اگر این فعالیت ها حداقل تا حدودی موفقیت آمیز باشند می توانند به عنوان یادآور در مراحل عمل یا نگهداری مورد استفاده قرار گیرند. کسی که در مرحله آمادگی است باید از یک یادداشت روزانه برای شناسایی برانگیزاننده های رفتار خود استفاده کند تا یک برنامه عملکرد خوب برای استفاده به عنوان راهبرد مقابله ای طراحی نماید.

۲. پیوستن به یک گروه ترک سیگار:

این اقدام عملکردهای متعددی را شامل می‌شود. بطور معمول بخشی از فرآیند تعهد برای برگزیدن شیوه‌نویینی در زندگی است، باعث فراهم نمودن پاداش و روابط یاری رسان حمایتی می‌شود. بنابر این اقدام مذکور در مراحل آمادگی، عمل و نگهداری بسیار ارزشمند هستند.

۳. گفتن به دوستان و اقوام که می‌خواهید سیگار را ترک کنید:

انکار نیز مجدداً "گونه ای ایجاد تعهد است و پیش در آمد فهرست نمودن حمایت‌ها است و با پاداش دهی و کنترل محیط به فرد کمک میکند. در مراحل آمادگی، عمل و نگهداری کمک می‌کند.

۴. دریافت نتایج آزمایشات طبی که نشان می‌دهد استعمال دخانیات وارد نمودن صدمات جدی را به سلامت شما آغاز نموده است:

این اطلاعات در افزایش آگاهی و هوشیاری هیجانی بخوبی عمل می‌کنند بنابر این بیشترین تاثیر را در مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی دارند.

۵. برآورد منافع و مضرات استعمال دخانیات:

این اقدام منجر به خود ارزیابی مجدد و خلق تصویر جدیدی از خود می‌شود و بنابر این بیشترین تاثیر را در مراحل تفکر و آمادگی دارد.

۱. مشاهده یک برنامه تلویزیونی که در آن فردی با شیوه زندگی ناسالم به علت بیماری قلبی می‌میرد:

این موضوع موجب هوشیاری هیجانی یا افزایش آگاهی می‌شود بنابر این در مراحل پیش تفکر و آمادگی مفید است.

۷. ثبت اطلاعاتی از اینترنت در مورد شیوه‌های مختلف ترک سیگار:

این اقدام موجب افزایش آگاهی می‌شود و در مراحل پیش تفکر و تفکر مفید است. می‌توان از اطلاعات ثبت شده به منظور مقابله با هوس‌ها استفاده نمود، یعنی ایجاد جایگزین‌های سیگار کشیدن. در این نحوه استفاده این اقدام در مراحل عمل و نگهداری مفید است.

۸. اعلان دفتر کار، اطاق خواب یا ماشین خود به عنوان محل عاری از دخانیات و نصب علامت ممنوعیت استعمال دخانیات در آن:

این اقدام موجب تقویت تعهد سپاری می‌شود و راهی برای کنترل محیط است. بنابر این احتمال بیشتری دارد که توسط افراد در مراحل آمادگی، عمل و نگهداری مورد استفاده قرار گیرد.

۹. خرید یک هدیه برای خود به مناسبت توقف استعمال دخانیات به مدت یک ماه:

به عنوان یک پاداش این اقدام در مراحل عمل و آمادگی مفید است.

۱۰. آموختن مهارت های شل سازی عضلات:

استفاده از مهارت های شل سازی عضلات، مقابله با استفاده از جایگزینی برای ایجاد آرامش است. فرد باید این شیوه ها را در مرحله آمادگی یاد بگیرد و در مراحل عمل و نگهداری به کار بندد. بنابر این مهیا نمودن یک مداخله یا یک فعالیت، متناسب با مرحله ای از تغییر که فرد در آن قرار دارد احتمال حرکت در جهت مناسب در فرآیند مورد نظر را فراهم می نماید. همچنین دیده می شود که وقتی افراد تشویق می شوند که خود فرآیندهای مورد نیاز را انتخاب کنند، اقداماتی را انجام می دهند که متناسب با مرحله آمادگی آنها برای تغییر است. فردی که در مرحله پیش تفکر است امکان ندارد که به گروه خود یار پیوندد یا علامت ممنوعیت استعمال دخانیات را در دفتر کار خود نصب کند. کسی که در مرحله نگهداری است وقت خود را صرف مطالعه اطلاعات بهداشتی پایه در مورد استعمال دخانیات نمی کند.

۱۰-۱-۵- بی میلی به تغییر

یکی از مشکلات عمده بر سر راه متخصصان بهداشتی فعال در زمینه ترک دخانیات این است که سیگاری ها بطور شایعی در مقابل تغییر مقاومت می کنند. برای شناسایی این عدم تمایل تلاش برای درک چرایی چسبیدن افراد به رفتارها و فرآیند مورد نیاز برای حرکت دادن آنها به سمت آمادگی و عمل مهم است.

• رفتارهایی که به نظر ناسالم می رسند اغلب به شیوه ای دیگر مفید بنظر می رسند.

ابناء بشر عموماً هدفمند بوده به دنبال صیانت نفس و آسایش هستند. استعمال دخانیات در زندگی بعضی افراد عملکرد مثبتی دارد برای مثال موجب کاهش هیجانات، ایجاد لذت، تسهیل برقراری روابط اجتماعی یا تجاری می شود. به منظور تصمیم به تغییر، فرد سیگاری باید خطرات یا مضرات استعمال دخانیات را با منافع آن بسنجد. بسیاری از منافع آنی هستند و خطرات یا مضرات دراز مدت هستند. ممکن است در کوتاه مدت ادامه استعمال دخانیات نسبت به تغییر آن مهمتر به نظر برسد و این موازنه باید قبل از آنکه فرد آماده عمل باشد، جابجا شود.

• مردم را نمی‌توان به راحتی متقاعد نمود که استعمال دخانیات برای آنها بطور شخصی مشکل آفرین است.

بین آگاهی از اینکه رفتاری موجب افزایش خطرات سلامتی می‌شود و اعتقاد به اینکه این رفتار به خود فرد نیز صدمه می‌زند تفاوت وجود دارد تا زمانی که مشکل سلامتی برای خود فرد یا یکی از نزدیکان او بروز ننماید، خطر فرضی برای فرد تهدیدی به حساب نمی‌آید.

• گاهی اوقات تغییر تقریباً "غیرممکن به نظر می‌رسد."

هنگامی که سیگار کشیدن فواید کوتاه مدتی برای فرد داشته باشد یا اینگونه به نظر برسد یا بخشی از زندگی روزانه فرد شده باشد ممکن است به نظر برسد که تغییر تقریباً غیرممکن است. توقف استعمال دخانیات به معنی تغییر بسیاری چیزهای دیگر است. این کار به معنای یادگیری مهارت‌های جدید است. برای مثال کسی که با نشستن و سیگار کشیدن احساس آرامش می‌کند پیدا کردن راه‌هایی دیگر را برای کسب آرامش در ابتدا مشکل می‌یابد. بنابراین وقتی کسی بطور مکرر اقدام به تغییر نماید و شکست بخورد ممکن است اعتماد به نفس خود را در توانایی تغییر از دست بدهد و احساس ناامیدی بکند. گاهی اوقات حمایت اجتماعی بسیار کمی برای ایجاد تغییر وجود دارد (به عنوان نمونه بسیاری از افراد در مکان‌های عمومی سیگار می‌کشند و تبلیغات گسترده مواد دخانی وجود دارد). بنابراین برای حرکت به سوی آمادگی و عمل، فرد نیازمند اعتقاد به این است که این تغییر به اندازه کافی مهم است تا به آن اقدام کند و نسبت به توانایی خود به موفقیت، اعتماد به نفس داشته باشد.

۱۰-۱-۶- فهرست نمودن حمایت‌ها

رابطه یاری رسان از اهمیت حیاتی برخوردار است. نیازی به فراهم نمودن آن از طرف یک مددکار حرفه‌ای نیست. شبکه‌های غیر رسمی و خانوادگی بزرگترین نقش بالقوه را در فراهم نمودن حمایت و کمک دارند. مردم معمولاً "زمان بیشتری را در خانه یا محل کار می‌گذرانند تا با پزشک یا درمانگر خود. خانواده و دوستان اغلب پیش از ما از مشکلات آگاهی می‌یابند و گاهی اوقات خانواده، پیش از خود فرد برای یادگیری نحوه کمک رسانی به یک متخصص بهداشتی مراجعه می‌کنند. به عبارت دیگر یک همکار یا شریکی که حمایتگر نیست ایجاد تغییر را برای فرد بسیار مشکل می‌کند. فردی که رفتار خود را تغییر داده است بر نزدیکان خود تاثیر می‌گذارد و این تاثیر همیشه خود خواسته نیست.

پروچاسکا و همکارانش توصیه های زیر را به کسانی که مایل به کمک به دیگران هستند ارائه نموده اند:

- هیچکس را مجبور به اقدام سریع نکنید. به آنها برای حرکت از مراحل ابتدایی تر زمان بدهید.
 - تسلیم نشوید- نشان دهید که نگران آنها هستید اما آنها را به عمل پیش از موعد مجبور نمی کنید.
 - تقویت نکنید، یعنی ادامه استعمال دخانیات را برای سیگاری ها با اجتناب از بحث کردن با آنها، کوچک کردن عوارض منفی آن یا بهانه جور کردن برای آنها تسهیل ننمایید.
 - هنگامی که فرد در حال تفکر به تغییر است گرمی و محبت بی دریغ از خود نشان دهید.
 - هنگامی که فرد تغییر را آغاز می کند به او در کنترل محیط برای اجتناب از بروز هوس کمک کنید.
 - هنگام عمل به تغییر از آنها تعریف کنید و در صورت بروز لغزش به آنها تذکر دهید.
 - در مرحله نگهداری از آنها حمایت کنید.
- عده ای پیوستن به یک گروه را بطور ویژه ای مفید می یابند چرا که این کار به آنها فرصت می دهد که هم از حمایت دیگران برخوردار شوند و هم به دیگران کمک کنند که موجب تقویت تعهد آنها به تغییر می شود.

۱۰-۱-۲- تبادل اطلاعات

در خلال ارائه توصیه مختصر به ترک به سیگاری ها کارکنان سیستم بهداشتی در حال تبادل مستمر اطلاعات هستند. اهداف این فرآیند برای متخصص بهداشتی عبارتند از:

- باز کردن بحث ترک سیگار
- اطمینان از اینکه مراجعه کننده تمام اطلاعات لازم برای اخذ تصمیم مبنی بر ترک سیگار یا ادامه آن را در اختیار دارد
- کمک به ایجاد انگیزه برای ترک
- فراهم نمودن کمک های لازم در صورت نیاز
- تبادل اطلاعات باید در موارد زیر صورت پذیرد:
- خطرات سیگار بر سلامتی
- اثرات موجود استعمال دخانیات بر خود فرد سیگاری یا اعضای خانواده وی
- ایده های مرتبط با نحوه اقدام به تغییر
- پیشنهاد ارجاع به مراکز تخصصی تر

منظور از لفظ "توصیه" عبارت است از تبادل اطلاعاتی مبتنی بر نیازهای فرد سیگاری و نه نصایح دستوری که به زور به فرد سیگاری تحمیل شود.

۱۰-۱-۸- رویکرد بیمار مرکز

سیگاری ها به خاطر خود، سیگار را ترک می کنند. مهم نیست که چه اطلاعاتی بر زبان متخصص بهداشتی جاری می شود بلکه این مهم است که آنها چه تاثیری بر بیمار می گذارند و آنها چه تاثیری می پذیرند.

اگر برای مداخله تنها چند دقیقه وقت دارید ارائه اطلاعات متناسب و اطمینان از اینکه فرد سیگاری فرصت درک و تفسیر آنها را داشته باشد حیاتی است. الگوی زیر برای تبعیت مناسب است:

استخراج ---- فراهم نمودن ----- استخراج

• استخراج آمادگی و علاقه فرد

میزان اطلاعات قبلی سیگاری چقدر است؟ آیا مایل به دانستن نکات بیشتری در مورد مضرات استعمال سیگار هست؟ آیا علاقمند به دانستن نحوه ترک هست؟ دلیلی برای ارائه اطلاعات نامرتبط یا چیزهایی که فرد مایل به دانستن آنها نیست نمی باشد.

• فراهم نمودن بی طرفانه اطلاعات

اگر از ارائه اطلاعات به عنوان یک اسلحه استفاده شود، فرد شنونده در مقابل آن به لاک دفاعی فرو می رود بخصوص اگر این اطلاعات هراس آور باشند. اغلب موارد وقتی به کسی گفته می شود که اگر سیگار کشیدن را ترک نکنی فلان اتفاق برای تو می افتد او پاسخ می دهد که به علتی این اتفاق برای او رخ نمی دهد یا اینکه به دلیلی در مقابل بروز این حالت ایمنی دارد.

اطلاعات اگر به شکلی خنثی و بدون استفاده از لفظ تو ارائه شود احتمالاً با دقت بیشتری شنیده می شود. برای مثال می توان توضیح داد که: اتفاقی که برای خیلی ها رخ داده این است که عده ای معتقدند که از زبانی استفاده کنید که برای فرد سیگاری قابل درک باشد و بطور منظم مکث کنید تا میزان درک آنها را از مطلب بررسی کنید

• تفسیر فرد سیگاری از اطلاعات ارائه شده را استخراج کنید

واکنش های آنها را پیگیری کنید و به آنها فرصت دهید تا دریافت های جدید خود را با موقعیت خود مطابقت نمایند.

پرسید: نظرت راجع به صحبت های من چیست؟

شنیدن این حرف ها چه تاثیری بر تو گذاشت؟

بردن جزوه به منزل: این اصول را می توان در مورد جزوه های خود یار به کار بست. از سیگاری پرسید که از نظر او چه چیزی مهم و مفید است و تنها جزوه هایی را که با وضعیت خود آنها و مرحله تفکرشان در مورد تغییر متناسب است به آنها بدهید. در مراجعه بعدی از آنها در مورد مطالبی که مطالعه کرده اند سؤال کنید.

۱۰-۱-۹- ایجاد رابطه یاری رسان (هم دلانه)

یکی از عوامل کلیدی در اقدام مردم به تغییر رفتار داشتن رابطه یاری رسان با کسی است که احساس می کنند واقعا "نگران آنهاست، آنها را درک می کند و برای کمک به آنها احساس تعهد می کند. این رابطه به ویژه در حرکت از مرحله پیش تفکر به تفکر و در مرحله نگهداری بسیار با ارزش است. رابطه یاری رسان را می توان با یک مراقب بهداشتی، یک دوست، همسر یا یکی از اعضای خانواده برقرار نمود.

برای مراقبین بهداشتی که زمان محدودی را در نقشی مشخص با مراجعین می گذرانند، گوش دادن دقیق و فعال به چیزهایی که فرد در مورد خود و مشکلاتش می گوید یکی از راه های مهم برقراری رابطه یاری رسان است. این کار دو استفاده عملی دارد، در ابتدا مراقب را قادر می سازد تا از فرد و مشکل او درک دقیقی داشته باشد که منجر به مراقبت و مشارکت همه جانبه می شود و در مرحله دوم این درک، مراقبت و مشارکت را به بیمار منتقل می کند. برای کسی در حال حرف زدن خود شنیده شدن از طرف دیگران علاوه بر اینکه راهی برای انتقال اطلاعات به فرد شنونده است نوعی درمان نیز هست.

در جدول زیر فهرستی از رفتارهای مفید یا مضر در خلال گوش کردن فعال و ایجاد رابطه یاری رسان آورده شده است.

• بعضی موانع گوش دادن فعال

نگهداری گوش دادن فعال سخت است. بعضی موانع گوش دادن در زیر توضیح داده می شوند.

الف - گوش دادن مقطع

اکثر افراد با سرعتی ۴ برابر سرعت حرف زدن طرف مقابل فکر می کنند. بنابراین شنونده سه چهارم دقیقه از یک دقیقه صحبت کردن طرف مقابل را اضافه می آورد. گاهی اوقات این وقت اضافی را صرف فکر کردن به چیز دیگری به جای شنیدن صحبت های گوینده می کنیم.

ب - گوش کردن با گوشهای باز و ذهن بسته

گاهی اوقات بسیار سریع تصمیم می گیریم که موضوع صحبت یا خود گوینده ملال آور است و توجه برانگیز نیست یا حقیقت ندارد. اغلب ما به این نتیجه می رسیم که می توانیم حرفهای بعدی گوینده را پیش بینی کنیم و بنابراین به این نتیجه می رسیم که دلیلی برای گوش کردن وجود ندارد چرا که هیچ چیز جدیدی نمی شنویم.

ج - گوش دادن با چشمهای بی فروغ

گاهی اوقات مشتاقانه به کسی خیره می شویم به نظر میرسد که در حال گوش کردن هستیم در حالیکه ذهن ما روی چیزهای دیگری متمرکز است یا در مکانهای دوری در گردش است. در نهایت آرامش به پشت دراز می کشیم و در افکار خود غرق می شویم. چشمانمان فروغ خود را از دست می دهد و صورتمان نمایی رویایی می یابد.

رفتارهای مفید در گوش دادن	رفتارهای غیر مفید در گوش دادن
تماس چشمی خوب	عصبی بودن
حرکات مناسب سر، لبخند، حالت چهره، حرکت اندامها (دست و غیره)	به جای دیگری غیر از بیمار نگاه کردن
وضعیت راحت بدن	بازی کردن با لباس، خودکار و غیره
خم شدن به جلو	موانع فیزیکی (مثلاً میز)
برقراری سکوت	نگاه کردن به ساعت
پاسخ به حرکات بیمار	نگاه غمگین، بی قرار، مستاصل
توجه به حرکات بدنی بیمار	گوش دادن منقطع
صدای شفاف	برخورد قیم مآبانه
استفاده از واژه‌های صوتی "ام"، "خوب"	تحقیر بیمار
تکرار کلمات کلیدی	بی ارزش نمودن بیمار
سئوالات باز	پریدن یکباره به انتهای بحث
کنترل اطلاعات بیمار / روشن سازی نکات مبهم	قضاوت کردن
برگشت به عقب	زیادی حرف زدن
جمع بندی	سکوت‌های خیلی کوتاه
تمرکز	دویدن وسط صحبت دیگران
سازمان بندی اطلاعات	سئوالات زیاد مطرح کردن
فقدان سدهای فیزیکی	دستور دادن
	نصیحت کردن

د - گوش دادن به مطالب خیلی عمیق

وقتی به موضوعاتی گوش می‌کنیم که خیلی پیچیده هستند و فهم آنها مشکل است این خطر وجود دارد که شنیدن را قطع کنیم.

ه - گوش دادن به مطالب مخالف

ما دوست نداریم که ایده‌های مورد علاقه مان، تابوهایمان و نقطه نظراتمان زیر سؤال بروند. دوست نداریم که عقاید و قضاوت‌هایمان مورد چالش قرار گیرند. در نتیجه وقتی حرف‌هایی را می‌شنویم که با تفکر، اعتقادات و آموخته‌های ما در تعارض است بطور ناخودآگاه شنیدن را متوقف می‌کنیم یا حتی موضع دفاعی گرفته به تمهید حمله‌ای برمی‌آییم.

و - توجه به موضوع به جای گوینده

گاهی اوقات تمرکز خود را بر موضوع و نه فرد گوینده قرار می‌دهیم. جزئیات و واقعیت‌های مربوط به یک اتفاق از مطالبی که فرد در مورد خود می‌گوید مهم تر به نظر می‌رسند.

ز - گوش دادن به نکات مهم

اغلب هنگامی که به صحبت‌های دیگران گوش می‌دهیم تلاش می‌کنیم تا نکات مهم را به خاطر بسپاریم و به این منظور آنها را مرتب پیش خودمان تکرار می‌کنیم تا مجدداً "در منزل به یادآوریم. در خلال انجام این کار، بطور مکرر گوینده به نکات جدیدتری اشاره می‌کند و ما عقب می‌افتیم.

ح - نوشتن صحبت‌ها

تلاش به ثبت هر چه که گوینده می‌گوید بر روی کاغذ معمولاً "به معنی از دست دادن بخشی از گفته‌ها است چرا که سرعت تکلم گوینده بیشتر از نوشتن ما است. برقراری تماس چشمی نیز مشکل‌تر می‌شود.

۱۰-۱-۱۰- مهارت‌های توانمند سازی برای تغییر

هنگام تصمیم به تغییر، مردم منافع و مضرات آن را می‌سنجند. هر زیان به اثبات رسیده‌ای از استعمال دخانیات آنها را به ترک برمی‌انگیزد و هر منافع و فواید حاصله باعث تداوم استعمال آن می‌شود. اغلب آنها بین تمایل به ترک و میل به ادامه استعمال دخانیات دو تکه می‌شوند. این "دوگانگی" منشا بروز مناقشه‌ای در درون آنها خواهد شد و در هنگام گفتگو با دیگری (مراقب بهداشتی، عضوی از خانواده، یک دوست) این مناقشه خود را ظاهر می‌سازد. اغلب فرد مددکار و سوسه می‌شود که طرف یکی از بخشهای تعارض موجود را بگیرد، یعنی بر مضرات استعمال دخانیات یا منافع ترک آن

اصرار می‌ورزد. این نحوه برخورد موجب قرار گرفتن بیمار در موضع مخالف شده و تعارض موجود در درون بیمار نمود خارجی یافته به تعارض بین بیمار و مددکار تبدیل می‌شود. متأسفانه نتایج اینگونه گفتگوها این است که بیمار در موقعیتی قرار می‌گیرد که به توضیح کلیه دلایلی می‌پردازد که ترک را تبدیل به ایده‌ای بد و نامناسب می‌کند و استعمال دخانیات را خطرچندان بزرگی ارزیابی نمی‌کند. این کار موجب وابستگی بیشتر او به استعمال دخانیات می‌شود. هرچه این گفتگو داغ‌تر شود، به روبرویی بیمار و مددکار می‌انجامد، بیمار مقاومت بیشتری در مقابل تغییر نشان می‌دهد.

• **”مصاحبه برانگیزاننده“** (Miller & Rollnick, 1991) رویکردی است که برای افزایش آگاهی فرد از وجود این تعارض یا تناقض طراحی شده است و آنها را قادر می‌سازد تا حد ممکن با آن مواجه شده به بهترین نحوه ممکن آن را حل کنند. در زیر بعضی اصول مفید مصاحبه برانگیزاننده در هدایت مداخلات مختصر در بیمارانی که تمایل به تغییر ندارند توضیح داده شده است.

الف - مدارا با مقاومت

اگر بیمارانی که در مراحل پیش تفکر و تفکر قرار دارند مستعد بروز مقاومت هستند و اگر رویکردهای مقابله‌ای موجب افزایش مقاومت می‌شوند، راهبردهای دیگری را باید به کار بست. Miller و Rollnick در توضیح اینگونه راهبردها یکی از هنرهای رزمی را بطور مشابه مورد استفاده قرار دادند یعنی به جای دفاع یا مقابله با یک حمله، فرد رزمی کار با آن حرکت می‌کند و بدون بروز خطری آن را رد می‌کند.

این راهبرد به معنی مشاوره‌ای با مشخصات زیر است: اگر متخصص بهداشتی موضوع تغییر را پیش بکشد و بیمار از خود مقاومت نشان بدهد به جای مجادله با او، متخصص بهداشتی مقاومت او را پذیرفته با استفاده از مهارت‌های گوش دادن و واکنشی به شناسایی آن می‌پردازد. با پذیرفتن مقاومت بیمار دیگر دلیلی برای اصرار بر آن ندارد و برای بررسی سایر جنبه‌های موضوع آمادگی خواهد داشت.

تشویق بیمار به باز کردن مقاومت نیز مفید است و بدین ترتیب بیمار و مراقب بهداشتی قادر به درک بهتر آن خواهند بود. ممکن است این کار برای متخصص بهداشتی که مایل به ایجاد تغییر است تناقض برانگیز باشد. با وجود این، این راهبرد بیمار را قادر می‌سازد تا مقاومت و موانع موجود بر سر راه تغییر را بطور واقعی و بدون وابستگی به آنها و احساس اجبار برای دفاع از آنها در مناقشه با یک متخصص بهداشتی که اهمیتی برای آنها قایل نیست، شناسایی نماید.

می توان با استفاده از یک شیوه مبارزه ای دیگر با مقاومت تعامل نمود. اگر بیمار در مقابل گروه خاصی از سئوالات از خود مقاومت نشان می دهد، متخصص بهداشتی می تواند موضوع بحث را عوض کند یا از زاویه دیگری موضوع را طرح نماید. هدف از این کار ادامه یک گفتگوی سازنده دوطرفه تا حد ممکن بدون درگیر شدن در مجادلات مخرب در مورد آن است. تا زمانی که بیمار در مورد موضوع صحبت می کند به کشف احساسات و افکار خود در مورد استعمال دخانیات می پردازد و این کار به فرآیند تفکر کمک می کند.

ب - فهرست نمودن جملات برانگیزاننده

گوش دادن به نقطه نظرات خود در مورد یک موضوع با صدای بلند وابستگی ما را به آنها تقویت می نماید. بنابراین، برای تشویق و ایجاد توانایی تغییر، به کار بستن این راه حل مفید به نظر می رسد. بدین ترتیب بیمار تشویق می شود تا دلایل خود را برای تغییر پیش رو قرار دهد. نمونه هایی از جملات برانگیزاننده به قرار زیر هستند:

- "نگرانم که با سیگار کشیدن الگوی بدی برای فرزند خود بشوم."

- "پدرم از سکته قلبی فوت کرده است. نمی خواهم این اتفاق برای من هم بیافتد. می دانم که با ترک سیگار این خطر کاهش می یابد."

- "پول زیادی را خرج سیگار کشیدن می کنم."

جملات برانگیزاننده را می توان با طرح سئوالات زیر از زبان بیمار شنید:

- "در مورد علل لذت بردن از سیگار برای من گفته بودید، آیا نگرانی هم در مورد سیگار کشیدن دارید؟"

- "آیا هیچوقت به ترک فکر کرده اید؟"

- "آیا به نظر شما ترک سیگار فایده ای هم دارد؟"

ج - معادله تصمیم گیری و خود ارزیابی

خودارزیابی (خلق یک تصویر جدید) فرآیند مفیدی در مراحل تفکر و آمادگی است. می توان به مردم کمک کرد تا وضعیت کنونی خود را شامل برداشت آنها از مشکل یا رفتار پرخطرشان و نیز چگونگی آینده با یا بدون آن رفتار را ارزیابی کنند.

معادله تصمیم گیری قلبی برای اینگونه ارزیابی است. این معادله برای اولین بار توسط Janis و Mann (۱۹۷۷) به بحث گذاشته شد و مرکز اصلی اکثر مصاحبه های برانگیزاننده است (Miller

(and Rollnick, 1991) در مداخلات مختصر می توان از آن در خلال مشاوره یا به عنوان جزئی از تکلیف منزل بیمار استفاده نمود.

بیمار می تواند با تمرکز بر استعمال دخانیات، منافع و مضرات استعمال دخانیات را به عنوان یک فرد سیگاری در نظر آورد. سپس می تواند زمانی را تصور کند که دیگر سیگار نمی کشد و منافع و مضرات آن را در نظر آورد.

دعوت از یک سیگاری برای پر کردن جدول زیر مفید است.

شبهتهای واضحی بین منافع استعمال دخانیات و مضرات ترک آن و نیز همپوشانیهای در مورد مضرات استعمال دخانیات و منافع ترک آن وجود خواهد داشت.

باید فرد را به در نظر گرفتن چهار گروه جواب تشویق نمود:

۱. نتایج معطوف به خود شخص (مثلاً، "در صورت ادامه استعمال دخانیات سلامتی من به خطر می افتد")

۲. نتایج معطوف به دیگران (مثلاً، "در صورتیکه سیگار را ترک کنم خانواده ام از شر دود سیگار من خلاص می شوند")

۳. چه احساسی در مورد خودم دارم (مثلاً، "در صورت ادامه استعمال دخانیات از اینکه الگوی بدی را برای فرزندان خود به نمایش می گذارم احساس گناه می کنم")

۴. دیگران چه احساسی نسبت به من دارند (مثلاً، "در صورت ترک سیگار همسرم به من افتخار می کند")

در مشاوره های تک به تک در آغاز مشاوره ابراز علاقمندی به درک جذابیت ها یا نکات مثبت موجود در استعمال دخانیات به منظور ایجاد یک رابطه یاری رسان مفید است. از مهارتهای گوش کردن فعال برای نمایش همدردی خود استفاده کنید. حتی اگر بیمار در مورد فواید استعمال دخانیات یا مضرات تغییر عادت خود مطالبی می گوید که شما با آنها مخالف هستید یا آنها را ناچیز می شمارید به یاد داشته باشید که شما برای پیشبرد کار خود نیازمند آگاهی از نوع نگاه آنها به تغییر هستید. به جای بحث با بیمار سئوالاتی بپرسید که موضوع را روشن تر کند. مجادله موجب بروز مقاومت می شود.

	فواید	مضرات
سیگار کشیدن		
سیگار نکشیدن		

مشاوره ای که بر مبنای چهارچوب معادله تصمیم گیری انجام شود باید روند زیر را با پرسیدن این سئوالات طی کند:

- "چه چیزهایی در سیگار کشیدن برای شما خوب است؟"

- "آیا چیزی در سیگار کشیدن هست که اینقدر خوب نباشد؟"

- "اگر تصمیم به ترک سیگار بگیرید به نظر شما با چه مشکلاتی مواجه می شوید؟"

- "آیا به نظر شما ترک سیگار هیچ فایده ای دارد؟"

- "خوب، بنابر گفته های شما به نظر می رسد که(خلاصه برداشت خود از پاسخ های بیمار را عنوان کنید)

- "پس از ترک، شما چه می کنید؟"

بیماری که تنها در مراحل آغازین تفکر به تغییر است، بهترین کار تنها نگاه کردن به منافع و مضرات استعمال دخانیات است. کسی که از قبل آماده تغییر شده است بر روی منافع و مضرات تغییر متمرکز می شود.

این فرآیند ذهنی است. این بسیار مهم است که به بیمار کمک شود تا نوع نگاه خود و میزان همخوانی رفتار مورد نظر را با سایر اهداف و ارزشهای زندگی خود بررسی کند. متخصصان بهداشتی باید مراقب باشند که ارزشها و نقطه نظرات خود را به بیمار تحمیل نکنند. چیزی که برای یک نفر مهم است لزوماً برای دیگران مهم نیست. معادله تصمیم گیری را می توان به شیوه های مختلفی دگرگون نمود برای مثال:

• تکمیل معادله در مورد تغییرات محیطی نظیر ممنوعیت استعمال دخانیات در محل کار

• تکمیل معادله در مورد ارائه اطلاعات جدید نظیر شواهد فردی صدمات جسمی ناشی از استعمال دخانیات

• تکمیل معادله در مورد اولویت های بیمار برای تغییر نظیر پدر/مادر شدن

• تکمیل معادله در شرایط یادگیری شیوه های جدید نظیر آموزش شیوه جدیدی برای کسب آرامش بنابراین مهمترین نقش متخصص بهداشتی عبارت است از گوش دادن و انعکاس ارزیابیهای بیمار از خود به وی بدون هرگونه قضاوت یا تعجیل در نتیجه گیری پیش از موعد. این حالت می تواند شامل:

• کمک به بیمار از داشتن یک تصویر روشن از نمای معادله تصمیم گیری در آن لحظه

• اطمینان از اینکه بیمار اطلاعات لازم برای تکمیل معادله تصمیم گیری را داشته یا به آن دسترسی

دارد و مفاهیم آن را درک می کند به ویژه مواردی را که به ایجاد تغییر کمک می کنند

• کمک به شناسایی موانع موجود بر سر راه تغییر که بیمار مایل به حذف آنها است (مثلاً نقصان مهارت ها) تا مضرات تغییر را کاهش دهد.

• حمایت از تغییرات محیطی مرتبط با تغییر

مهارت های حرکت با مقاومت و استخراج جملات برانگیزاننده در استفاده از این معادله نقش اساسی دارند. می توان به جای استفاده از این معادله در جلسه مشاوره از بیمار خواست که به عنوان تکلیف شب این کار را در منزل انجام دهد. این کار زمان کافی را برای تفکر به رفتار خود و مفهوم آن و دورنمای تغییر آن در اختیار آنها قرار می دهد.

د - کنترل محیط

یکی از ریشه های نقصان اعتماد به نفس ترس از برخورد خصمانه محیط با ایجاد تغییر است. دوستان و همکاران غیر حامی، دسترسی آسان به سیگار و در دسترس نبودن جایگزین های سالم نظیر تسهیلات ورزشی و غذاهای سالم ممکن است ایجاد تغییر را غیرممکن جلوه دهند.

توجه جدی به این نگرانی ها مهم است. انتظار نداشته باشید خواستن تنها کافی است، برنامه های عملی نیز لازم است. سئوالات مفیدی که می توان از فردی که بدنبال تقویت اعتماد به نفس خود است پرسید عبارتند از:

- آیا موقعیت هایی وجود دارند که بتوانید بطور کامل از آنها اجتناب کنید؟ چه موقعیت هایی؟

چگونه از آنها دوری می گزینید؟ چه عذرهایی می آورید و چه جایگزین هایی برای آنها دارید؟

- چه چیزهایی رفتار مورد نظر را برمی انگیزند؟ آیا احساسات یا تفکرات خاصی هستند که شما را

در معرض خطر قرار دهند؟ چگونه می توانید برای مقابله با این برانگیزاننده ها خود را آماده سازید؟

- برای تسهیل تغییر آیا نیاز به تغییر جنبه های دیگری از زندگی خود برای ایجاد محیط حامی تغییر دارید؟ (مثلاً "تغییر محل صرف نهار، تغییر ساعت کاری به منظور امکان استفاده از امکانات تفریحی یا ورزشی)

- آیا اعمال ممنوعیت استعمال دخانیات در محل کارتان، اتومبیلتان یا منزل؛ یا جمع آوری فندک ها و زیرسیگاری ها، کمک کننده است؟

۵ - پاداش

فواید ذاتی ترک سیگار ممکن است بلافاصله مشهود نباشد. عده ای پاداش های کوتاه مدتی را در برنامه عملی خود طراحی می کنند نظیر خریدن چیزی که قادر به خرید آن نبودند با پول های پس انداز شده، یا تعریف و تمجید از خود هنگام رسیدن به نقاط عطفی در ترک نظیر پایان روز اول، انتهای هفته اول، گذشت یک سال.

مراقبت جسمانی از خود با خوب غذا خوردن، ورزش متوسط و لذت بخش، و خوابیدن به اندازه کافی و آرامش یافتن نیز پاداش های دیگری هستند.

۶ - آموختن از تجربیات پیشین ایجاد تغییر

در کمک به بیمار برای استفاده از فرآیندهای تغییر سعی کنید تا از تجربیات پیشین آنها برای ایجاد تغییر بطور سازنده ای کمک بگیرید. سئوالات مفید عبارتند از:

- آیا در تلاش قبلی خود برای تغییر نکات مثبتی که کمک کند وجود داشت؟ اگر بلی این بار هم می توانی از آنها کمک بگیری؟

- آیا از مشکلات پیش آمده در تجربه قبلی چیزی آموخته ای؟

۷ - داشتن یک طرح ویژه

بسیاری از افراد با اختصاص روزی برای ترک سیگار در آینده نزدیک (ایجاد تعهد) و سپس آماده کردن خود تا آن روز، موفق شده اند. به محض تعیین روز ترک با طراحی یک برنامه عملی برای نحوه رسیدن به این روز می توان اعتماد به نفس را افزایش داد. "به سختی تلاش می کنم" قصد و غرض پسندیده ای است اما هیچ نشانه عملی از میزان تحقق یافتن این عقیده خوب به دست نمی دهد. یک طرح خوب شامل مقابله، پاداش و کنترل محیط است. همچنین ارزش ایجاد یک رابطه یاری رسان و داشتن یک حامی را به حساب می آورد.

ثبت چنین طرحی هر دو، بیمار و مراقب را از کنترل تبعیت از برنامه مطمئن نموده میزان دستیابی به اهداف تعیین شده را معین می کند.

۱۰-۱-۱۱- افزایش وزن

بسیاری از کسانی که به ترک سیگار فکر می کنند نگران افزایش وزن خود پس از ترک سیگار هستند. نیکوتین با سرکوب عملکرد مرکز اشتها در مغز موجب کاهش اشتها و به دنبال آن کاهش وزن می شود. پس از ترک سیگار و از بین رفتن این اثر مهاری اشتهای فرد ترک کرده افزایش می یابد و به دنبال آن افزایش وزن اتفاق می افتد. یکی از دلایل تراشیهای شایع سیگاری ها برای اجتناب از ترک سیگار همین مشکل افزایش وزن پس از ترک است. این دلیل تراشی به ویژه در خانمهای سیگاری بیشتر به گوش می رسد و در واقع به بهانه حفظ تناسب اندام خود به سیگار کشیدن ادامه می دهند. بد نیست بدانید که بطور متوسط پس از ترک سیگار ۴/۵ کیلوگرم به وزن شما اضافه می شود که آثار زیانبار آن برای سلامتی شما بسیار کمتر از سیگار کشیدن است. به علاوه در صورت رعایت رژیم غذایی مناسب می توانید از افزایش وزن خود جلوگیری کنید.

• نکاتی در مورد افزایش وزن

در ابتدای ترک سیگار سرعت مصرف مواد غذایی در بدن شما کاهش می یابد. پس از ترک اشتها پتان بیشتر می شود و بیشتر می خورید. احتمال افزایش وزن وجود دارد اگرچه در همه کسانی که سیگار را ترک می کنند این اتفاق نمی افتد.

آیا نگران افزایش وزن خودتان هستید؟ به این موارد فکر کنید: آنچه از ترک سیگار بدست می آورید بسیار با ارزشتر از چند کیلوگرم افزایش وزن است.

در این قسمت نکاتی را برای اجتناب از افزایش وزن ارائه می کنیم.

الف - سر وزن باشید

- هر روز زمانی را به ورزش اختصاص دهید. حتی راه رفتن تنها هم موجب بهبود سلامتی شما خواهد شد. هر فعالیتی نیازمند مصرف کالری است و موجب ثابت ماندن وزن شما می شود.

- ورزش موجب دور شدن شما از استعمال دخانیات می شود. فعالیت بدنی موجب کاهش استرس می شود که از مهمترین عوامل هوس سیگار است.

- اگر تازه می خواهید ورزش را شروع کنید، باروزی فقط ۱۰ دقیقه آغاز کنید. به آهستگی زمان فعالیت های بدنی خود را افزایش دهید. بهتر است قبل از آغاز فعالیت های ورزشی با پزشکتان مشورت نمایید. او می تواند حرکاتی را به شما پیشنهاد کند که به سلامتی شما صدمه نزنند و شما را سالم تر کنند.

- به اندازه کافی استراحت کنید.

- همچنان که سر وزن باقی می ماند عضلاتان هم قویتر می شوند. وزن عضله از چربی بیشتر است و شما خواهید دید که علیرغم افزایش وزن لباسهایتان برای شما گشاد می شوند.

ب - راهنمای تغذیه برای تازه ترک کرده ها

- از هرم غذایی تبعیت کنید. از مصرف شیرینی ها و غذاهای پرکالری اجتناب کنید. برای کاهش وزن مصرف غذا را ترک نکنید. کنترل هوس خوردن غذا و سیگار هر دو را یاد می گیرید.
- اگر به مصرف میان وعده عادت دارید، غذاهای سالم و کم کالری دم دست داشته باشید. از میوه ها، سبزیجات، آب میوه، ماست و ذرت بوداده بدون روغن استفاده کنید.
- پیش از صرف غذا و در خلال آن آب بنوشید. مصرف مقادیر زیاد آب برای همه خوب است. این کار جایگزینی برای سیگار کشیدن می تواند باشد.
- اگر هوس شیرینی می کنید از آدامس بدون قند یا تنقلات بدون قند استفاده کنید.

۱۰-۱-۱۲- پاسخ به سئوالات متقاضیان ترک در مورد ترک دخانیات

در اینجا واقعیت های مرتبط با سئوالات پرسیده شده توسط سیگاری های مایل به ترک را بیان می داریم.

۱. " آیا تغییر عادت به سیگار برگ یا پیپ کمکی می کند؟"

خیر. اخیراً مطالعه ای در انگلستان نشان داد که کسانی که از پیپ یا سیگار برگ استفاده می کردند و در تمام عمر خود بطور منظم سیگار نکشیده بودند میزان مرگ و میر شان از بیماری های ریوی ناشی از استعمال دخانیات کمتر از سیگاری ها ولی بیشتر از غیر سیگاری ها بود.

۲. " تبدیل سیگار کم قطران تر چگونه؟"

شواهد روشنی مبنی بر مفید بودن این اقدام وجود ندارد. در عمل سیگاری هایی که سیگار خود را به نوع کم قطران تبدیل می کنند برای جبران کمبود نیکوتین تعداد بیشتری سیگار می کشند یا تعداد پک های خود را بیشتر می کنند و یا هر دو کار را انجام می دهند. آنها اغلب متوجه این اقدام خود نیستند اما متأسفانه این کار فواید تغییر نوع سیگار را خنثی می کند (Russell, 1980)

۳. " آیا باید سیگار کشیدن را بطور کلی ترک کنم یا اینکه می توانم گاهی یک سیگار بکشم؟"

اگر هدف شما از کاهش تعداد سیگار مصرفی سالم تر بودن است خوب هرچقدر کمتر سیگار بکشید با خطرات کمتری مواجه خواهید بود. میزان خطرات با میزان مصرف در ارتباط است. مسلماً کشیدن

دو نخ سیگار در روز بهتر از ۴۰ نخ است اما اصلاً نکشیدن سالم تر است. همانطور که در بالا متذکر شدیم افرادی که تعداد سیگار خود را کم می کنند اغلب تعداد و عمق پکهای خود را افزایش می دهند. متأسفانه نیکوتین ماده بسیار اعتیاد آوری است و تعداد بسیار کمی قادر به پایین نگهداشتن تعداد سیگار مصرفی خود هستند. کسانی که سعی می کنند بطور تفرنی سیگار بکشند در می یابند که به تدریج تعداد سیگارهای آنها افزایش می یابد تا جایی که به یک سیگاری معمولی تبدیل می شوند. بنابراین توافق براین است که توقف کامل استعمال دخانیات بهترین توصیه است.

۴. " آیا دچار سندرم ترک می شوم؟"

بسیاری از سیگاری ها پس از ترک آن علائم ترک را تجربه می کنند. معمولاً " شدت علائم طی یک ماه یا چیزی در این حدود خاتمه می یابد. این علائم شامل:

- هوس سیگار
- تحریک پذیری
- سبکی سر و گیجی
- سردرد
- بی خوابی و عدم توانایی در تمرکز
- خستگی
- درد زبان و زخم های دهانی
- دل به هم خوردگی

سیستم عصبی یک سیگاری با مصرف مکرر نیکوتین که یک محرک قوی است سازگار شده است. این سیستم باید اکنون با فقدان آن مجدداً سازگاری پیدا کند. اگرچه علائم سندرم ترک شایع و ناخوشایند هستند تنها ۹٪ از یک گروه از سیگاری ها که در یک مطالعه اقدام به ترک نموده بودند سندرم ترک را به عنوان عامل عود ذکر نمودند (HEA/MORI, 1992).

ممکن است افزایش در سرفه دیده شود چرا که بدن می خواهد خود را از خلطی که در ریه ها تجمع یافته است پاک کند. این سرفه ها علامتی از بازگشت سیستم تنفسی به سلامت خود است.

۵. "درمان جایگزین نیکوتین چگونه عمل می کند؟ آیا من باید از آن استفاده کنم؟"

درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، نیکوتینی را که فرد سیگاری از استعمال دخانیات دریافت می دارد به شکلی تمیزتر و ایمن تر (بدون قطران، مونواکسید کربن یا دود) جایگزین می کند. آنها علائم سندرم ترک را کاهش می دهند و فرد سیگاری را قادر می سازند تا ابتدا بر تغییر عادت استعمال

دخانیات خود تمرکز نماید. کاهش تدریجی در جایگزین نیکوتین سیستم عصبی را قادر می سازد تا به تدریج و با ناراحتی کمتر سازگاری مجدد یابد.

درمان جایگزین نیکوتین به شکل آدامس، قرص های زیر زبانی، آب نبات، برچسب پوستی، افشانه بینی و بوخور وجود دارد، اگرچه تمام اشکال فوق در همه کشورها در دسترس نمی باشد. بیشترین محصولات مورد مصرف آدامس و برچسب پوستی هستند. آدامس و برچسب بیشتر مورد ارزیابی قرار گرفته اند چرا که مدت بیشتری است که مورد مصرف قرار می گیرند. استفاده از این محصولات بنا بر راهنمای مصرف آنها برای اطمینان از کاهش تدریجی و موثر وابستگی از اهمیت برخوردار است. برچسبهای پوستی دریافت مداوم و تدریجی نیکوتین را فراهم می نمایند درحالیکه سایر اشکال نظیر آدامس، بوخور و افشانه بینی سطوح بالاتری از نیکوتین را تولید می کنند و کنترل بهتری از مقدار نیکوتین فراهم می نمایند. شواهد محکمی مبنی بر تفاوت در کارایی انواع مختلف NRT وجود ندارد. مصرف کنندگان بر اساس در دسترس بودن و ترجیح شخصی خود یکی از انواع را انتخاب می کنند.

در زیر توصیه هایی را به مصرف کنندگان جایگزین های نیکوتین مشاهده می کنید
(Health Education Authority, 1999)

- این مواد درمان جادویی نیستند و به خودی خود سیگار کشیدن فرد را متوقف نمی کنند،
- آنها علائم سندرم ترک نظیر تحریک پذیری و هوس را کاهش می دهند.
- آنها نیکوتین مورد نیاز بدن را تامین می کنند اما نه به سرعت و به مقدار سیگار. آنها به اندازه سیگار رضایت بخش نیستند و نیاز به اراده فرد را از بین نمی برند.
- از NRT باید به جای سیگار استفاده کرد نه همراه با آن.
- تعداد بسیار کمی به NRT معتاد می شوند.
- NRT باید به مقدار و مدت زمان کافی استفاده شود. باید از دستورات همراه دارو پیروی نمود و در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با یک داروساز تماس گرفت.

۶. "داروی جدید، بوپروپیون چگونه؟"

بوپروپیون با نام تجاری زیان اکنون بطور گسترده ای به عنوان یک داروی نیازمند تجویز پزشک در ترک دخانیات مجوز گرفته است. بوپروپیون یک داروی ضد افسردگی است که تاثیر آن بر میزان استعمال دخانیات بطور تصادفی مورد توجه قرار گرفته است و در چهار کارآزمایی (دو تا از آنها در مجلات بازنگري peer منتشر شده است) موثر بودن آن نشان داده شده است. مکانیسم عمل آن

ناشناخته است اما به نظر می رسد که ربطی به عملکرد ضدافسردگی آن ندارد. نتایج کارآزمایی های ابتدایی بسیار جالب توجه هستند اما تا زمانی که کارآزماییهای بیشتری منتشر شوند نمی توان در مورد میزان تاثیر آنها بطور قطعی اظهار نظر کرد. حداقل به میزان NRT موثر است و به همان میزان ترک دست می یابد. نحوه مصرف آن متفاوت است: فرد سیگاری مصرف دارو را آغاز نموده و روزی را در هفته دوم به عنوان روز ترک تعیین می کند. بیشتر از مقدار توصیه شده ۱۵۰ mg در روز نباید مصرف نمود زیرا خطر کوچکی (۱ در ۱۰۰۰- نظیر سایر ضدافسردگیها) از نظر بروز تشنج وابسته به مقدار دارو وجود دارد. همچنین مصرف بوپروپیون در سیگاری های حامله و شیرده، زیر ۱۸ سال و بعضی شرایط دیگر ممنوع است. همچنین تداخل مصرف با سایر داروها وجود دارد و به همین دلیل تنها با نسخه پزشک به فروش می رسد.

۷. "آیا سیگار کشیدن در مواجهه با فشارهای عصبی به من کمک نمی کند؟"

در حقیقت خیر. اگر یک سیگاری به علت افت سطح نیکوتین خون احساس عصبی بودن بکند کشیدن یک سیگار این فشار را که در واقع آغاز سندرم ترک سیگار است کاهش می دهد. نیکوتین یک ماده محرک است. به واقع و در کل، سیگاری ها نسبت به غیر سیگاری ها و ترک کرده ها از سطح اضطراب بالاتری برخوردارند.

۸. "شنیده ام که پس از ترک سیگار دچار اضافه وزن می شوم، من مطمئن هستم که این به اندازه سیگار کشیدن برای من مضر است؟"

افزایش چند کیلوگرمی وزن پس از ترک سیگار شایع است. این وضعیت با استفاده از میان وعده های شیرین و غذاهای چرب به عنوان جایگزین سیگار بدتر می شود. اما همه سیگاری ها دچار این حالت نمی شوند و کمی بالای وزن بودن کم خطرتر از سیگاری بودن است.

۹. "این که با ترک سیگار بیشتر عمر می کنم دوست داشتنی است اما در کوتاه مدت چه؟ آیا هیچ منافع فوری برای ترک سیگار وجود دارد؟"

ترک دخانیات بلافاصله فواید خود را آغاز می کند. موارد زیر نمونه هایی از این منافع هستند. پس از گذشت ۲۰ دقیقه فشار خون و ضربان نبض به حد طبیعی بازمی گردند. جریان خون دستها و پاها بهبود می یابد.

پس از گذشت ۸ ساعت سطح اکسیژن خون به حد طبیعی بازمی گردد. شانس حمله قلبی شروع به افت می کند.

پس از گذشت ۲۴ ساعت مونواکسید کربن از خون حذف می شود. ریه ها پاکسازی خلط و مواد

خارجی را آغاز می کنند.

پس از گذشت ۴۸ ساعت حواس بویایی و چشایی بطور چشمگیری بهبود می یابند. بوی ناخوشایند دود سیگار از بدن و تنفس ناپدید می شود.

پس از گذشت ۳ ماه عملکرد ریه افزایش یافته تنفس را راحت تر می کند. سرفه های آزار دهنده ناپدید می شوند. خطر ابتلا به بیماری های لته به وضوح کاهش می یابد. رنگ روی دندانها شروع به کاهش می کند.

پس از گذشت ۹ ماه خطر بروز عوارض طی حاملگی یا مرگ جنینی به سطح غیر سیگاری ها باز می گردد.

پس از گذشت ۵ سال احتمال ابتلا به سرطان دهان، حلق و مری به میزان ۵۰٪ کاهش می یابد. خطر حمله قلبی نسبت به سیگاری ها به نصف می رسد.

مراجع

- ۱- قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، مصوب مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۵ و آئین نامه اجرائی آن، انجمن زندگی بدون دخانیات، ۱۳۹۰
- ۲- سالنامه آماری کشور ۱۳۸۵، ریاست جمهوری، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی، مرکز آمار ایران
- ۳- دستورالعمل های کنترل و پایش همه گیری دخانیات، سازمان جهانی بهداشت، ژنو، ترجمه: دکتر محمد خواجه دلویی، دکتر مرضیه مولوی نجومی، تهران مرکز نشر صدا، ۱۳۸۲
- ۴- سیگار (زیان ها، روش های ترک)؛ دکتر محمدرضا. مسجدی، دکتر حسن آذری پور ماسوله، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری های ریه، پائیز ۱۳۷۸
- ۵- دخانیات و بیماری های قلبی-عروقی، مهندس لیلا ابراهیم زاده، مهندس سید جمال الدین ابراهیمی، زیر نظر: دکتر طاهره سماوات، دکتر حسن آذری پور ماسوله، دکتر فرزاد بیدارپور، دکتر محمدرضا خالدیان
- ۶- دخانیات و سرطان، لیلا ابراهیم زاده و همکاران، زیر نظر دکتر حسن آذری پور ماسوله، دکتر فرزاد بیدارپور، ۱۳۸۸، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان، معاونت بهداشتی
- ۷- کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات، راهنمای کشورهای کم درآمد؛ اتحادیه جهانی مبارزه با سل و بیماری های ریه، ۱۹۹۸؛ ترجمه: دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر حسن آذری پور ماسوله، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری های ریه، پائیز ۱۳۷۸
- ۸- راهنمای آموزش جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات، ریچموند رابین، ترجمه دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر حسن آذری پور ماسوله و همکاران، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۷، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمان سل و بیماری های ریوی، ص ۷۳-۷۲
- ۹- همین امروز سیگار را ترک کنید، دکتر حسن آذری پور ماسوله، ۱۳۹۰، روزنو
- ۱۰- اطلاعات و کاربردهای بالینی داروهای ژنریک ایران، بخش بررسیهای علمی شرکت سهامی دارو پخش، ۱۳۶۹
- ۱۱- دخانیات و سلامتی مجدی محمد رضا، رفیعی منش احسان. چاپ اول، بهار ۱۳۸۸، انتشارات موسسه فرهنگی هنری البرز، نشر همدل

12- WHO Framework Convention on Tobacco Control

13- WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy, Revision 2004;

- World Health Organization, Regional Office for Europe 2004
- 14- Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence, Edited by Dr. Vera da Costa e Silva, World Health Organization, 2003
- 15- Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008
- 16- Helping Smokers Change, World Health Organization, Regional Office for Europe
- 17- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- 18- Peto R. Smoking and death: the past 4 years & the next 40. BMJ 1994; 309: 937-9
- 19- Peto R, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994: a 22
- 20- Claire Chollat-Traquet, Director, Division of Policy, Programme and Evaluation, Evaluating Tobacco Control Activities, Experiences and Guiding Principles, WHO, Geneva, Switzerland, 1996
- 21- WHO Tobacco Free Initiative, Building blocks for tobacco control: a handbook. (Tools for advancing tobacco control in the 21st century), World Health Organization, 2004
- 22- World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, European Strategy for Tobacco Control, World Health Organization – 2002
- 23- WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2008, The MPOWER package, World Health Organization – 2008