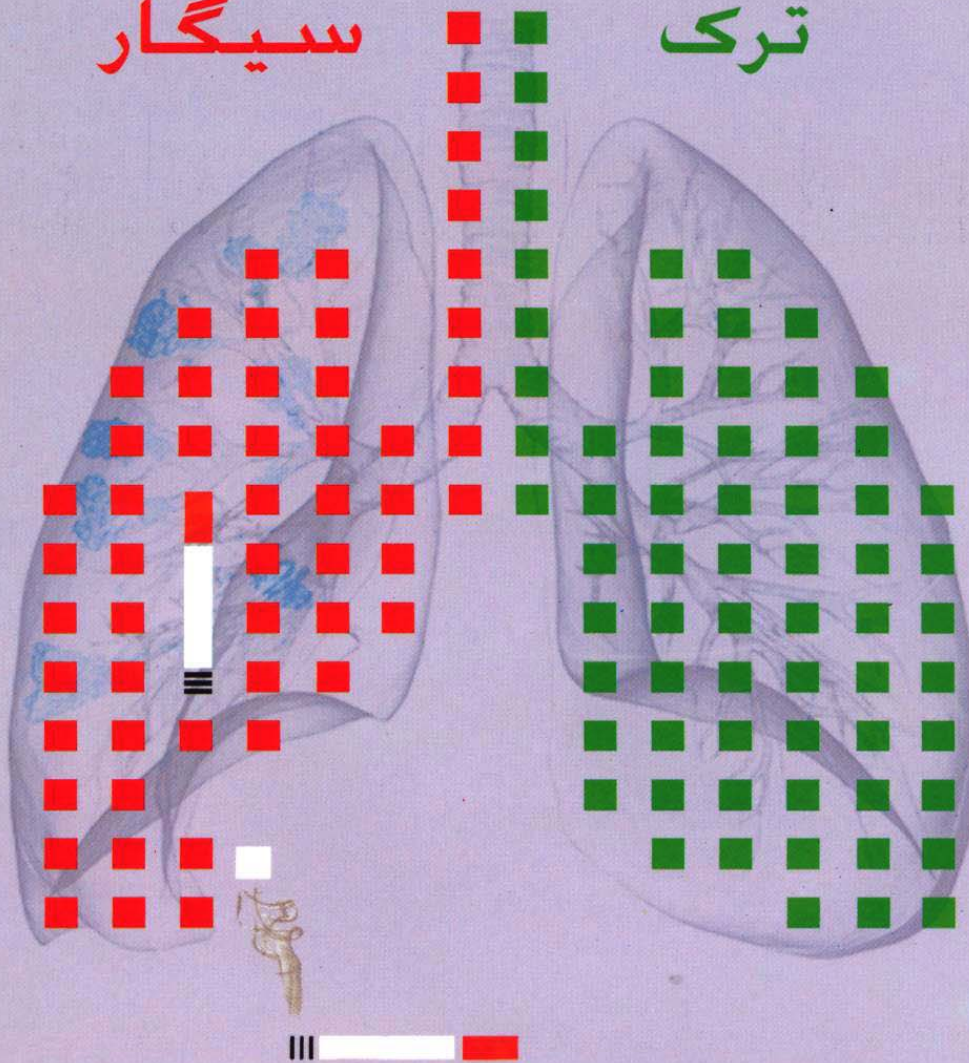


# تازه ترین دستور العمل های درمان

سیگار

ترک



گردآوری: دکتر غلامرضا حیدری - اسفندیار باتمانقلیچ  
ترجمه: دکتر فیروزه طلیس چی - پریراد سینایی



ارمغان بهبود ایرانیان

## مقدمه:

دلایل اصلی اینکه چرا افراد می‌خواهند ترک کنند واضح است: درباره سلامت خود و سلامت افراد خانواده خود و هر شخصی که دود سیگار آنها را استنشاق می‌کند و درباره پول خود نگرانند. بسیاری از افراد همچنین تشخیص داده‌اند که سیگار کشیدن عمیقاً یک عادت ناپسند است. بد بو و کثیف هستند. بعضی افراد همچنین توسط نگرانیهای صدمات زیست محیطی برانگیخته می‌شوند یا با این مطلب که کشت دخانیات زمینهایی را اشغال می‌کند که قبلاً برای کاشت دانه‌های خوراکی بکار می‌رفت. بطور گسترده‌ای افراد از رفتار بی‌مهابای صنایع دخانیاتی چند ملیتی هراسانند.

تأثیرات عمیق و خطرناک سیگار بخوبی شناخته شده است، اما هنوز فراگیر نیست. اطلاعات یک سیگاری از حقایق درباره اثرات خطرناک سیگار بین کشورها متفاوت است و قسمتی بستگی به سطح آموزش دارد اما عمدتاً به گستردگی تلاشهای سلامت عمومی بستگی دارد. در بعضی کشورها، بسیاری از سیگاریها باور اندکی راجع به خطرات واقعی سیگار کشیدن دارند. زبان‌های مالی را اشخاص به تنهایی متحمل می‌شوند. مبالغ هنگفتی در طی دوره زندگی، سیگاریها به صنایع دخانیاتی پرداخت می‌کنند و مقادیر زیادی پول را بدون هیچ فائده شخصی تلف می‌کنند. پس چرا آموزش درباره خطرات سیگار کشیدن کافی نیست؟ چرا همه سیگاریها بلافاصله بعد از اطلاع از این خطرات ترک نمی‌کنند؟ ۲ پاسخ اصلی وجود دارد: وابستگی بدنی به نیکوتین و عادت به سیگار کشیدن یک حالت حمایت‌کنندگی روانی و اجتماعی می‌دهد.

زمانیکه یک سیگاری درگیر می‌شود، توقف آن سخت و ناخوشایند می‌شود. برای کمک به اشخاص جهت ترک سیگار، عاقلانه است در نظر بگیریم که چه مقدار برای آن آسان یا مشکل می‌تواند باشد. این به طور گسترده‌ای به ۲ عامل بستگی دارد:

۱- انگیزه آنها برای ترک چه مقدار قوی است؟

۲- وابستگی آنها به سیگار تا چه حد قوی است؟

مهم است که درباره هر ۲ عامل تفکر کنیم. زیرا آنها به شما کمک می‌کنند که تصمیم بگیرید چه نوع حمایتی برای آنها بهترین است. این زمانی بکار می‌رود که شما یک پزشک هستید و سعی می‌کنید به بیمارتان کمک کنید، یک کارمند بهداشت عمومی هستید که می‌خواهید به

تعداد زیادی از افراد سیگاری در یک اجتماع کمک کنید یا تنها یک فرد که می‌خواهد به یک دوست یا خویشاوند کمک کند.

سیگاریهای ملایم که می‌خواهند ترک کنند ممکن است تنها به روشهای ساده و مختصر نیاز داشته باشند. اما افراد بسیار وابسته، بطور جدی ممکن است مشکلات بیشتری داشته و برای ترک به کمک نیاز داشته باشند.

بسیاری از افراد می‌خواهند که سیگار را ترک کنند اما، بعلت وابستگی، این کار را مشکل می‌یابند. اغلب چندین تلاش قبلی بدون موفقیت داشته‌اند. اگرچه بسیاری در نهایت موفق شده‌اند. چنانکه در بسیاری از کشورها تعداد سیگاریهایی که ترک کرده‌اند افزایش یافته است. درصد بالای شکست در تجربه اول ترک می‌تواند هم برای فرد سیگاری و هم اشخاصی که می‌خواهند در ترک کمک‌کنند ناامیدکننده باشد. اما این حقیقت که آنها تلاش کرده‌اند نشان می‌دهد که درجاتی از انگیزه را داشته‌اند و می‌توانند در نهایت موفق شوند.

### فصل اول: توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی

با وجود اینکه آمار مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات را به ندرت در سرفصل اخبار اعلام می‌کنند، ولی حقیقت امر این است که در هر ۶ ثانیه، یک نفر بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهد.<sup>(۱)</sup> استعمال دخانیات باعث مرگ نیمی از مصرف‌کنندگان آن می‌شود<sup>(۲)</sup> و بطور متوسط ۱۵ سال از عمر آنها می‌کاهد.<sup>(۳و۴)</sup> در حال حاضر از هر ۱۰ فرد بزرگسال یک نفر در سراسر جهان جان خود را بر اثر استعمال دخانیات از دست می‌دهد که این آمار سالانه به بیش از ۵ میلیون نفر می‌رسد.<sup>(۱)</sup> لازم به ذکر است که اگر اقدامات لازم برای مهار این معضل صورت نگیرد، تا سال ۲۰۳۰ آمار سالانه مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات به بیش از ۸ میلیون نفر خواهد رسید.<sup>(۵و۶)</sup> اگر روند فعلی استعمال دخانیات مهار نگردد، پیش‌بینی می‌شود که ۵۰۰ میلیون فرد زنده امروز بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست بدهند<sup>(۶)</sup> و در طول قرن بیست‌ویکم، دخانیات باعث مرگ بیش از یک میلیارد نفر خواهد شد.<sup>(۷)</sup> اکثر مصرف‌کنندگان دخانیات مایل به ترک آن می‌باشند ولی به دلیل وابستگی شدید آنها به مواد اعتیادآور دخانی موفق به ترک آن نمی‌شوند.

به محض مصرف سیگار و سایر محصولات دخانی دودشده، ماده اعتیادآور نیکوتین به مغز فرد مصرف‌کننده می‌رسد. این اتفاق تقریباً به سرعت تزریق درون سیاهرگی بوسیله سرنگ رخ می‌دهد.<sup>(۸)</sup> صنایع دخانیات سازی نیز از سیگار به عنوان «وسیله تأمین نیکوتین» نام می‌برند.<sup>(۹)</sup> اما از آنجایی که اثرات دخانیات دودشده فقط برای چند دقیقه باقی می‌ماند، فرد مصرف‌کننده پس از اندکی علائم ترک را تجربه می‌کند، مگر اینکه به مصرف آن ماده ادامه دهد.<sup>(۱۰)</sup>

گرچه سیگارهای استاندارد شایع‌ترین نوع دخانیات دودشده می‌باشند، ولی انواع دیگری از دخانیات دودشده نیز مانند سیگارهای bidis و kreteks و قلیان به تازگی مورد استقبال واقع شدند، هر چند که عده‌ای به اشتباه بر این باورند که مضرات این مواد کمتر از سیگار است. حال آنکه همه انواع دخانیات خطرناک و مرگبار می‌باشند.<sup>(۱۱)</sup> استعمال تمامی انواع دخانیات دودشده مسبب بروز بیش از ۹۰٪ کل سرطانهای ریه و همچنین عامل مهمی در بروز سگته‌های مغزی و سگته‌های قلبی کشنده می‌باشند.<sup>(۱۲)</sup>

bidis سیگارهای دست‌پیچ کوچکی هستند که مشخصاً در هندوستان و دیگر کشورهای آسیای جنوب‌شرقی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این نوع سیگار نسبت به سیگارهای معمولی سه برابر مونوکسیدکربن و نیکوتین بیشتر و پنج برابر قطران بیشتر تولید می‌کند.<sup>(۱۳)</sup> همچنین

مصرف‌کنندگان bidi سه برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض ابتلا به سرطان دهان می‌باشند و احتمال ابتلا به سرطانهای ریه، معده و مری نیز در این افراد بالاتر می‌باشد. kretek نیز نوعی سیگار با اسانس خاص است که عموماً در کشور اندونزی مصرف می‌شود و احتمال بروز آسیب حاد ریه در مصرف‌کنندگانش را افزایش می‌دهد. Shisha، تنباکوی معطر مورد استفاده در قلیان است و عمدتاً در ناحیه مدیترانه شرقی مورد استفاده قرار می‌گیرد در فرد مصرف‌کننده منجر به بیماریهای ریوی، قلبی عروقی و سرطان می‌شود.<sup>(۱۱)</sup>

در حقیقت مصرف‌کنندگان محصولات دخانی تنها قربانیان استعمال دخانیات نمی‌باشند، زیرا دود تحمیلی دخانیات نیز عواقب بهداشتی جدی و مرگباری بوجود می‌آورند. در ایالات متحده آمریکا دود تحمیلی دخانیات سالانه باعث ۳۴۰۰ مورد مرگ و میر ناشی از سرطان ریه و ۴۶۰۰۰ مورد مرگ ناشی از بیماریهای قلبی می‌شود. همچنین سالانه باعث بروز ۴۳۰ مورد سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، ۲۴۵۰۰ مورد تولد نوزادان کم وزن، ۷۱۹۰۰ زایمان زودتر از موعد و ۲۰۰۰۰۰ دوره آسم در کودکان می‌گردد.<sup>(۱۴)</sup>

از سوی دیگر مصرف دخانیات غیر دودشده نیز بسیار اعتیادآور بوده و باعث بروز سرطانهای سر و گردن، مری و پانکراس می‌گردد.<sup>(۱۵ و ۱۱)</sup> همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف برخی انواع دخانیات باعث افزایش احتمال بروز بیماریهای قلبی و تولد نوزادان کم‌وزن می‌شود.<sup>(۱۶)</sup>

بدیهی است، در صورت عدم اعمال اقدامات لازم در زمینه کنترل دخانیات، تعداد مصرف‌کنندگان دخانیات در سراسر جهان افزایش خواهد یافت.<sup>(۱۷)</sup> بر خلاف مصرف بسیاری مواد خطرناک دیگر که به سرعت بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند، معمولاً بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات سالها یا حتی دهها سال پس از شروع مصرف ظاهر می‌شوند. از آنجایی که کشورهای در حال توسعه هنوز در مراحل اولیه شیوع استعمال دخانیات می‌باشند، بنابراین هنوز تأثیر بیماریها و مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات را مانند تجربه کشورهای پیشرفته در قرن گذشته، بطور کامل تجربه نکرده‌اند.

استعمال دخانیات در کشورهای کم‌درآمد به سرعت رو به رشد است، چنانچه با رشد مداوم جمعیت، افراد مورد هدف صنایع دخانی نیز افزایش یافته و بدین صورت سالانه میلیونها نفر به طرز اجتناب‌ناپذیری به استعمال دخانیات وابسته می‌شوند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰

بیش از ۸۰٪ مرگ و میرهای ناشی از استعمال دخانیات سراسر جهان، در کشورهایی با درآمد کم و متوسط رخ خواهد داد.<sup>(۱)</sup>

بطوری که ۱۰۰ میلیون فرد سیگاری کمتر از ۳۰ سال فعلی در کشور چین، بر اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست خواهند داد.<sup>(۱۸)</sup> در هندوستان نیز در حدود یک چهارم مرگ‌هایی که در بین افراد میانسال به وقوع می‌پیوندد، بر اثر استعمال دخانیات می‌باشد.<sup>(۱۹)</sup> از آنجایی که تعداد افراد سیگاری در این گروه با رشد جمعیت در حال افزایش است، تعداد این مرگ و میر نیز افزایش خواهد یافت. معطوف شدن شیوع استعمال دخانیات به سوی کشورهای در حال توسعه منجر به سطح بی‌سابقه‌ای از بیماری و مرگ زود هنگام در کشورهایی می‌گردد که رشد جمعیت و استعداد برای افزایش استعمال دخانیات در بیشترین حد ممکن وجود دارد و از ضعیف‌ترین خدمات مراقبت بهداشتی برخوردار می‌باشند.

افزایش میزان استعمال دخانیات در میان زنان کشورهای پر جمعیت یکی از مهمترین عوامل افزایش رشد این شیوع می‌باشد. در عین حال در بسیاری از کشورها، زنان مطابق با سنت حاکم در آن کشور معمولاً دخانیات مصرف نمی‌کنند، بطوریکه مصرف دخانیات زنان در حدود یک چهارم میزان مصرف مردان است. از آنجایی که در حال حاضر اکثر زنان دخانیات مصرف نمی‌کنند، صنایع دخانیات‌سازی بطور جدی قصد دارند با هدف قرار دادن این گروه بالقوه، بازار جدیدی را برای فروش محصولاتش پدید آورد. آگهی‌ها، تبلیغات و حمایت‌های مالی شرکت‌های دخانیاتی از جمله، برگزاری مراسم خیریه در جهت احقاق آرمانهای زنان جامعه باعث می‌شوند، اعتقادات فرهنگی جوامع در برابر استعمال دخانیات زنان کمرنگ گردد. طراحی کالاها و نحوه بازاریابی آنها از جمله، استفاده از افراد جذاب در آگهی‌های تبلیغاتی و مارک‌ها کاملاً طوری برنامه‌ریزی می‌شوند که زنان را به مصرف سیگار تشویق نمایند.

در سراسر اروپا که استعمال دخانیات از یک قرن پیش آغاز شده، میزان استعمال دخانیات مردان و زنان چندین دهه است که با هم برابری می‌کند. در حال حاضر میزان استعمال دخانیات در بین مردان اروپا رو به کاهش است، حال آنکه این روند در بین زنان بویژه در نواحی، شرقی، مرکزی و جنوبی اروپا رو به افزایش می‌رود.<sup>(۲۰)</sup> در اکثر کشورهای اتحادیه اروپا، میزان مصرف دخانیات دختران نوجوان اگر بیش از پسران نوجوان نباشد، حداقل با آنها برابری می‌کند.<sup>(۲۱)</sup> در کشورهای در حال توسعه میزان مصرف دخانیات زنان بزرگسال نسبتاً کم است، در حالیکه این روند در بین دختران نوجوان می‌تواند به سرعت افزایش یابد. در کشورهای

آسیای جنوب شرقی میزان استعمال دخانیات مردان بزرگسال ۱۰ برابر بیش از زنان بزرگسال است.<sup>(۱۷)</sup> این در حالی است که چنین روندی در بین پسران ۱۵-۱۳ سال فقط ۲/۵ برابر بیش از دختران می‌باشد.<sup>(۲۱)</sup>

مشاهده می‌شود پرمصرف‌ترین مناطق استعمال دخانیات در سراسر جهان، دارای تنوع بیشتری از انواع دخانیات دود شدنی از جمله kreteks, bidis و قلیان می‌باشند. این محصولات نیز مانند سیگار اثرات زیان‌بخش و مرگ‌باری به همراه دارند. ولی از آنجایی که نحوه بسته‌بندی این محصولات نیز کاملاً با سیگار متفاوت بوده، اغلب فاقد هشدارهای بهداشتی، مالیات و سایر محدودیتهای مخصوص سیگار می‌باشند. متأسفانه بسیاری به اشتباه معتقدند که ضرر استعمال این محصولات کمتر از سیگار می‌باشد.

علیرغم ادعای صنایع دخانیات‌سازی در خصوص اشتغال‌زایی و تولید درآمد در جهت بهبود اقتصاد محلی و ملی، همکاری این صنایع با هر کشور با بروز بیماری، مرگ و میر و ضرر اقتصادی همراه است. در حال حاضر استعمال دخانیات سالانه هزینه‌ای معادل صدها میلیارد دلار در سطح جهان در بر دارد.<sup>(۲۲)</sup>

مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات باعث ضررهای اقتصادی بسیاری می‌گردد. این ضررها در ایالات متحده سالانه معادل ۹۲ میلیارد دلار می‌باشد.<sup>(۲۲،۲۳)</sup> با افزایش شیوع استعمال دخانیات، ضررهای اقتصادی در کشورهای پر جمعیت در حال توسعه که بسیاری از آنها مراکز تولیدی اقتصاد جهان می‌باشند نیز بیشتر می‌شود، زیرا نیمی از مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات بار سنگینی بر کشورهای در حال توسعه متحمل می‌سازد. حال آنکه تا سال ۲۰۳۰ از هر پنج مورد مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات، چهار مورد آنها در این کشورها رخ می‌دهد.<sup>(۱)</sup> آمار و ارقام موجود درباره تأثیر دخانیات بر روی هزینه‌های بهداشتی در سطح جهان کامل نیستند ولی مسلماً ارقام بالایی می‌باشند. بطور سالانه هزینه‌های بهداشتی ناشی از استعمال دخانیات در ایالات متحده ۸۱ میلیارد دلار، در آلمان حدود ۷ میلیارد دلار و در استرالیا ۱ میلیارد دلار می‌باشد.<sup>(۲۲)</sup>

تأثیر اقتصادی ویژه حاصل از دخانیات، تشدید فقر است. هدف اصلی صنایع دخانیات‌سازی که افزایش تعداد مشتریان و اعتیاد بیشتر آنها می‌باشد، بطور ناهمگونی به قشر فقیر آسیب می‌رساند. در اکثر کشورها استعمال دخانیات در بین فقرا بیشتر از ثروتمندان است و تفاوت

مصرف بین فقیر و غنی در مناطقی با کمترین میانگین درآمد به بیشترین میزان دیده می‌شود.<sup>(۲۴)</sup>

قشر فقیر جامعه به ازای هزینه لازم برای تهیه دخانیات مجبور می‌باشند از هزینه‌های اصلی و ضروری زندگی از جمله غذا، سرپناه، آموزش و مراقبت‌های بهداشتی صرف‌نظر کنند. بطور مثال، در بین فقیرترین خانواده‌های بنگلادش تقریباً ۱۰ برابر هزینه لازم برای تحصیلات، صرف تهیه دخانیات می‌شود.<sup>(۲۵)</sup> در کشور اندونزی نیز که استعمال دخانیات بیشتر در بین فقرا متداول است، افرادی با کمترین سطح درآمد، ۱۵٪ از کل هزینه‌هایشان را صرف دخانیات می‌کنند.<sup>(۲۶)</sup> در مصر بیش از ۱۰٪ از هزینه خانوارها در خانواده‌هایی با درآمد متوسط، صرف دخانیات می‌شود.<sup>(۲۷)</sup> ۲۰٪ از فقیرترین خانواده‌ها در مکزیک نیز حدود ۱۱٪ از درآمدشان را به دخانیات اختصاص می‌دهند.<sup>(۲۸)</sup> در کشور چین هزینه‌های پزشکی ناشی از ناتوانیها و بیماریهای حاصل از استعمال دخانیات به بیش از ۵۰ میلیون نفر اختصاص دارد.<sup>(۲۹)</sup>

بیماری و مرگ زودرس ناشی از بیماریهای وابسته به دخانیات در بین افراد فقیر بیشتر از افراد ثروتمند دیده می‌شود. این روند مشکلات اقتصادی فراوانی را به دنبال دارد و چرخه فقر و بیماری را تداوم می‌بخشد.<sup>(۳۰)</sup> مرگ و میر زودرس کارگران روز مزد بویژه برای خانواده‌های فقیر و جامعه اسفبار می‌باشد. به عنوان مثال مرد ۴۵ ساله بنگلادشی که سرپرست یک خانواده کم‌درآمد بوده و بر اثر سرطان حاصل از ۳۵ سال مصرف بیدی (bidi) جان خود را از دست می‌دهد، باعث می‌شود بقای کل خانواده به جا مانده از وی نیز در خطر افتد. بدین ترتیب ظرفیت اقتصادی از دست رفته وی و مشکلات آنها بیشتر می‌شود و خانواده وی از جمله همسر، فرزندان و دیگر وابستگانش بیشتر در فقر فرو می‌روند در نتیجه لازم است دولت یا اقوام دور آنها به کمکشان بشتابند.

دود تحمیلی دخانیات علاوه بر مضراتی که بر سلامت افراد دارد، تهدید جدی برای از بین بردن منابع اقتصادی نیز به حساب می‌آید. در ایالات متحده امریکا، مواجهه با دود تحمیلی دخانیات سالانه هزینه‌ای معادل ۵ میلیارد دلار در هزینه‌های مستقیم پزشکی و بیش از ۵ میلیارد دلار در هزینه‌های غیرمستقیم پزشکی از جمله ناتوانی و از بین رفتن دستمزدها و حقوق به بار می‌آورد.<sup>(۳۱)</sup> در بخش اداری ویژه وابسته به چینی‌ها در کشور هنگ‌کنگ، هزینه مراقبت‌های پزشکی مستقیم، مراقبت‌های طولانی‌مدت و ضررهای تولیدی ناشی از مواجهه با دود تحمیلی دخانیات سالانه در حدود ۱۵۶ میلیون دلار می‌باشد.<sup>(۳۲)</sup>



از آنجایی که برای تعیین هزینه‌های دخانیات و بار اقتصادی ناشی از آن به اطلاعات و تجزیه و تحلیل‌های بیشتری نیاز داریم، بدیهی است تأثیر اقتصادی آن بر بهره‌وری و مراقبت‌های بهداشتی که افراد فقیر نیز از آنها بی‌بهره‌اند، با افزایش مصرف دخانیات وخیم‌تر می‌شود. با افزایش شیوع مرگ و میر و بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات طی چند دهه آینده، هزینه‌های مالی این شیوع نیز صدمات اقتصادی شدیدی به کشورهایی با درآمد کم و متوسط وارد می‌آورند.

### فراهم سازی امکانات لازم جهت ترک دخانیات:

افرادی که به نیکوتین اعتیاد دارند، قربانیان شیوع استعمال دخانیات می‌باشند. در بین افراد سیگاری که از مضرات مصرف دخانیات آگاهند، سه نفر از هر چهار نفر مایل به ترک می‌باشند.<sup>(۳۳)</sup> همانند افرادی که به هر نوع ماده اعتیادآوری وابستگی دارند، ترک دخانیات نیز به تنهایی برای اکثر مصرف‌کنندگان مشکل می‌باشد. در حالیکه کمک گرفتن در ترک به نفع آنها بوده و با حمایت‌های مشاور ترک می‌توانند بر وابستگی‌شان غلبه نمایند.

یکی از اصلی‌ترین مسئولیت‌های نظام‌های مراقبت بهداشتی کشورها، درمان وابستگی دخانیات است. این درمان شامل روش‌های متنوعی از جمله مشاوره‌های ساده پزشکی، درمان دارویی و مشاوره تلفنی ترک دخانیات می‌باشد. هزینه این روشها متفاوت بوده و تأثیر یکسانی بر افراد سیگاری مختلف ندارد. لازم به ذکر است که درمان باید متناسب با شرایط محلی و فرهنگ بوده و با تمایلات و نیازهای فرد نیز سازگار باشد.

در بسیاری موارد، تعداد اندکی از مداخلات درمانی پایه در ترک دخانیات به افراد کمک می‌کند. هر تلاشی برای جلوگیری از استعمال دخانیات باید شامل سه نوع درمان باشد: (الف) مشاوره ترک دخانیات به همراه خدمات بهداشتی اولیه؛ (ب) خطوط تلفنی ویژه مشاوره ترک دخانیات رایگان و قابل دسترس؛ (ج) فراهم‌سازی درمان‌های دارویی کم هزینه.

### مشاوره ترک دخانیات به همراه خدمات بهداشتی اولیه:

تلفیق ترک دخانیات و خدمات بهداشتی اولیه با دیگر ملاقات‌های عادی پزشکی باعث می‌شود فرصتهایی در نظام بهداشتی بوجود آید که افراد را از مضرات مصرف دخانیات خود و یا اطرفیان‌شان آگاه سازند. مشاوره‌های مکرر در هر ملاقات پزشکی ضرورت ترک دخانیات را تقویت می‌کند.<sup>(۳۴و۳۵)</sup> همچنین مشاوره‌های کارورزان بهداشت نیز تا حد بسیاری می‌تواند میزان ترک را افزایش دهد.<sup>(۳۶)</sup> این مداخله نسبتاً ارزان می‌باشد زیرا بخشی از خدمات موجود است که اکثر مردم حداقل گهگاه از آن استفاده می‌کنند. چنین مداخلاتی بسیار مؤثر می‌باشند زیرا توسط شاغلین بهداشتی ارائه می‌گردند که برای عموم قابل احترام بوده و افراد مصرف‌کننده دخانیات نیز رابطه خوبی با آنها برقرار می‌کنند.<sup>(۳۷و۳۸)</sup>

در کشورهایی که دارای شبکه‌های بهداشتی اولیه می‌باشند، فراهم کردن خدمات ترک دخانیات به همراه مراقبت‌های پزشکی پایه کاملاً ایده‌آل می‌باشد و در عین حال ادغام آن با هر نوع خدمات بهداشتی می‌تواند صورت گیرد. این خدمات به هیچ‌گونه سیاست‌گذاری و یا سرمایه‌گذاری کلان نیازی ندارد، بلکه فقط آموزش‌های اساسی به شاغلین گروه بهداشت و سلامت در خصوص مشاوره ترک سیگار و بالا بردن اطلاعات افراد سیگاری کافی می‌باشد. این روش درمانی همچنین با ایجاد انگیزه در شاغلین گروه بهداشت و بیماران باعث حمایت از دیگر برنامه‌های کنترل دخانیات می‌گردد.

### خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار:

مطابق این برنامه الزامی است که برای کل جمعیت کشور شرایطی مهیا گردد که بتوانند از خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار بصورت کاملاً رایگان و حتی بدون پرداخت هزینه‌ای برای تلفن‌های همراه و شهرستانها استفاده نمایند. این خطوط باید توسط مشاورین مجرب پاسخگوی مردم باشند. این نوع خدمات ارزان، قابل دسترس، محرمانه و قابل استفاده طولانی مدت می‌باشد؛ زیرا بسیاری از افراد سیگاری قادر و یا مایل به تماس گرفتن طی ساعات اداری نیستند. مشاورین این خطوط همچنین دیگر درمان‌های وابستگی به نیکوتین از جمله مشاوره و درمان جایگزین نیکوتین را به افراد سیگاری معرفی می‌کنند. علاوه بر این، این خدمات برای ساکنین مناطق دور افتاده نیز قابل استفاده بوده و می‌توان این خدمات را مناسب برای افراد گروه‌های خاص نیز فراهم کرد. به عنوان مثال، خط تلفنی ترک سیگار ویژه آسیایی‌ها در

انگلستان سالانه ۲۰۰۰۰ تماس گیرنده دارد که به ۱۰٪ از افراد سیگاری آسیای جنوبی در این کشور می‌رسد.<sup>(۳۹)</sup>

گرچه خطوط تلفنی قدیمی ترک سیگار فقط به تماس‌های برقرار شده پاسخ می‌دهند، ولی نتایج چشمگیری را نیز نشان می‌دهند.<sup>(۴۰)</sup> با این وجود، خطوط تلفنی وابسته به خدمات مشاوره‌ای ترک برای غلبه بر اعتیاد به نیکوتین بسیار مؤثرتر می‌باشند. در بهترین و مؤثرترین خطوط تلفنی، مشاورین تلفنی موظفند تماس‌های حاصل را پیگیری کرده، با افراد تماس گرفته و از روند پیشرفت آنها مطلع گردند. برخی خطوط مشاوره ترک نیز خدماتشان را از طریق اینترنت ارائه داده و امکان استفاده مداوم از خدمات رایگان و همچنین آشنایی با دیگر خدمات وابسته را نیز فراهم می‌آورند.

#### درمان دارویی:

علاوه بر توصیه‌های پزشکی و خطوط تلفنی مشاوره ترک، یک درمان مؤثر می‌تواند شامل درمان دارویی نیز باشد. درمان دارویی شامل درمان جایگزین نیکوتین به شکل برچسب‌های پوستی، قرص مکیدنی، آدامس، اسپری بینی و همچنین تجویز داروهای از قبیل بوپروپیون (bupropion) و وارنکلین (varnicline) می‌باشد. داروهای جایگزین نیکوتین معمولاً بدون نسخه پزشک در داروخانه‌ها قابل دستیابی است و نیز همانند دیگر داروهای که پزشکان تجویز می‌کنند قابل تهیه می‌باشند.

درمان جایگزین نیکوتین از علائم محرومیت از نیکوتین می‌کاهد زیرا تا حدی جایگزین نیکوتین جذب شده از دخانیات می‌گردد. به هنگام کاهش یا قطع مصرف دخانیات استفاده از بوپروپیون که نوعی داروی ضد افسردگی است، می‌تواند به فرد کمک کند زیرا باعث کاهش میل به مصرف دخانیات گردیده و از بروز سایر علائم محرومیت از نیکوتین نیز می‌کاهد. وارنکلین نیز دارویی است که به گیرنده‌های نیکوتین در مغز می‌چسبد و از آزاد شدن دوپامین جلوگیری می‌کند، بنابراین از احساس لذتی که پس از مصرف دخانیات بوجود می‌آید نیز جلوگیری می‌نماید.<sup>(۴۱)</sup>

بطور کلی درمان دارویی پرهزینه‌تر از برخورداری از توصیه‌های پزشکان و خطوط تلفنی مشاوره ترک می‌باشد ولی تجربه نشان داده است که باعث دو و یا سه برابر شدن میزان ترک می‌گردد.<sup>(۴۲)</sup> از طرفی دیگر هزینه یک دوره درمان با داروهای جایگزین نیکوتین ممکن است از هزینه مصرف دخانیات در طول همان مدت نیز کمتر باشد. داروهای جایگزین نیکوتین و سایر

داروها نیز توسط خدمات بهداشتی برای عموم فراهم گردیده تا به افرادی که مایل به ترک دخانیات می‌باشند کمک شود.

### **حمایت دولت از درمان وابستگی به دخانیات:**

برنامه‌های ترک دخانیات امتیازات سیاسی چشمگیری بوجود می‌آورند بطوریکه دولتها شرایطی را فراهم می‌آورند که به افرادی که مستقیماً تحت تأثیر همه‌گیری دخانیات بوده و در عین حال محدودیتهای جدیدی بر دخانیات وضع می‌کنند نیز کمک می‌نمایند. بطور کلی این افراد با موانع سیاسی اندکی مواجه می‌شوند و به ترویج سیاستهای ملی مبارزه با استعمال دخانیات کمک می‌کنند که خود، قدم مهمی در ایجاد جامعه عاری از دخانیات می‌باشد. یکی از راههای جلوگیری از مصرف دخانیات وضع مالیات بر محصولات دخانی است که این مهم توسط دولتها تحقق می‌یابد.

کشور زلاندنو نمونه مناسبی برای این گونه اقدامات دولتها می‌باشد؛ بطوریکه بدنبال فعالیتهای مبارزاتی جامعه کنترل دخانیات طی گذشت فقط پنج سال این کشور که هیچ گونه خدمات ترک دخانیاتی نداشت به یکی از کشورهای تبدیل گشت که پیشرفته‌ترین خدمات را در این زمینه ارائه می‌کند. به عبارتی دیگر کشوری که هیچ هزینه‌ای را به ترک دخانیات اختصاص نمی‌داد، هم اکنون سالانه ۱۰ میلیون دلار صرف این خدمات می‌نماید. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات ترک عبارتند از خطوط تلفنی ملی ترک دخانیات که در حال حاضر یکی از فعال‌ترین خطوط مشاوره تلفنی در سراسر جهان می‌باشد، ارائه درمان جایگزین نیکوتین یارانه‌ای و خدمات ترکی که ویژه اقلیت جمعیت مائوری (Maori) می‌باشد.

با این وجود دولتها باید به تأثیر حمایت‌هایشان در مقابل هزینه‌های مالی چنین تدابیری اهمیت دهند و بدانند که ارائه چنین تدابیر و حمایت‌هایی از سوی دولتها الزامی است. درمان وابستگی به دخانیات بدون ایجاد انگیزه قوی برای ترک افراد مصرف کننده کافی نمی‌باشد. بنابراین با توجه به دلایل ذکر شده، خدمات ترک باعث کاهش شیوع مصرف نمی‌گردد مگر اینکه با موارد زیر همراه باشد: افزایش مالیات و قیمت محصولات دخانی، ممنوعیت تبلیغات و حمایت‌های مالی از دخانیات، ارائه تبلیغات ضد دخانی و ایجاد اماکن عاری از دخانیات.

منابع:

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
2. Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm), accessed 5 December 2007).
4. Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498-1504.
6. Levine R, Kinder M. Millions saved: proven success in global health. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
7. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
8. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
9. Battling big tobacco: Mike Wallace talks to the highest ranking tobacco whistleblower. *CBS News*, 16 January 2005 (<http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/60II/main666867.shtml>, accessed 5 December 2007).
10. Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
11. World Health Organization. Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi\\_Rapport.pdf](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf), accessed 5 December 2007).

12. World Health Organization. World health report 2002. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/whr/2002/Overview\\_E.pdf](http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf), accessed 5 December 2007).
13. Gottlieb N. Indian cigarettes gain popularity, but don't let the flavor fool you. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(21):1806–1807.
14. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005(<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
15. Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.
16. Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
17. Guindon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, accessed 5 December 2007).
18. Liu BQ et al. Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
19. Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
20. Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
21. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global youth tobacco survey. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention(<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>, accessed 5 December 2007).
22. Guindon GE et al. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva, World Health Organization, 2006.
23. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses

- United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(25):625–628.
24. World health statistics. Geneva, World Health Organization, 2007.
  25. Efroymsen D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
  26. de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
  27. Nassar H. The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120/type/pdf/viewcontent/>, accessed 5 December 2007).
  28. Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Publica de Mexico*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
  29. Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
  30. World Health Organization. World no tobacco day 2004 materials. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, accessed 5 December 2007).
  31. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).
  32. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
  33. Jones JM. Smoking habits stable; most would like to quit. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-ost-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 6 December 2007).
  34. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
  35. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
  36. Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, press briefing, 27 June 2000



- (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, accessed 16 December 2007).
37. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178–190.
  38. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey, *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
  39. An evaluation of the services of Asian Quitline. London, South Asian Social Researchers' Forum, 2001.
  40. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):148–154.
  41. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 ([https://www.pfizerpro.com/product\\_info/chantix\\_dual\\_action.jsp](https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp), accessed 6 December 2007).
  42. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 6 December 2007).

### فصل دوم: راهنمای عملی ترک سیگار

این فصل اقتباسی است از کتاب "درمان سوء مصرف و اعتیاد به دخانیات، سال ۲۰۰۹" که توسط گروهی منتخب از متخصصین مختلف غیر دولتی و نمایندگان مسئول در برنامه‌های ترک مصرف دخانیات و شاغلین دیگر تهیه شده است. نمایندگان پانل منتخب، مسئولین دولتی و شاغلین راهنما در انجام این امر مطابق زیل می‌باشند:

#### پانل متخصصین

Michael C Fiore, MD, MPH (Panel Chair), Carlos Roberto Jaen, MD, PhD, FAAFP (Panel Vice Chair), Timothy B Baker, PhD (Senior Scientist), William C Bailey, MD, Neal Benowitz, MD, Susan J Curry, PhD, Sally Faith Dorfman, MD, Erika S Froelicher, PhD, RN, MA, MPH, Michael G Goldstein, MD, Cheryl G Heaton, DrPH, Patricia Nez Henderson, MD, MPH, Richard B Heyman, MD, Howard K Koh, MD, MPH, FACP, Thomas E Kottke, MD, MSPH, Harry A Lando, PhD, Robert E Mecklenburg, DDS, MPH, Robin J Mermelstein, PhD, Patricia Dolan Mullen, DrPH, C Tracy Orleans, PhD, Lawrence Robinson, MD, MPH, Maxine L Stitzer, PhD, Anthony C Tommaasello, MS, Louise Villejo, MPH, CHES, Mary Ellen Wewers, PhD, RN

#### پانل مسئولین دولتی

Ernestine W Murray, RN, BSN, MAS (Project Officer), Agency for Healthcare Research and Quality, Glenn Bennett, MPH, CHES, National Heart, Lung and Blood Institute, Stephen Heishman, PhD, National Institute on Drug Abuse, Corinne Husten, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention, Glen Morgan, PhD, National Cancer Institute, Christine Williams, MEd, Agency for Healthcare Research and Quality

#### پانل ارائه کننده توصیه های عملکردی

Bruce Christiansen, PhD (Project Director), Megan E Piper, PhD (Project Scientist), Victor Hasselblad, PhD (Project Statistician), David Fraser, MS (Project Coordinator), Wendy Theobald, PhD (Editorial Associate), Michael Connell, BS (Database Manager), Cathlyn Leitzke, MSN, RN-C (Project Researcher)

توصیه‌هایی در زمینه درمان سوء مصرف و اعتیاد به دخانیات با روشی علمی و با استفاده از نظر متخصصین فراهم شده است. مقالات بسیاری در این زمینه مطالعه و با دقت بررسی شده اند تا بتوان شواهد را در نظر گرفته و در مورد آینده پیش بینی نمود. با نظراساتید روایی، پایایی و کاربردی بودن توصیه های فوق در مراقبت های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفته است. مرجع اصلی برای روش ها، بررسی اساتید، منابع و مخارج در سایت [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco) قابل دسترس می‌باشد.

مقاله فوق متشکل از راهنمایی‌های اختصاری توصیه شده می‌باشد. مختصری در زمینه چگونگی تهیه، آنالیز دقیق و بررسی اطلاعات تحقیقی در دست، فرضیه های موجود و مسائل مهم در ارتباط با تصمیم گیری بالینی نیز ارائه شده است. در نهایت، انتخاب شیوه درمانی مسئولیت پزشک معالج بوده و می‌تواند در کلیه بیماران یکسان نباشد.

بعنوان یک پزشک، شما مکانی مهم در کمک به بیمار داشته و دو سوال کلیدی می‌تواند شما را در این امر هدایت کند: "آیا شما سیگار می‌کشید؟" و "آیا می‌خواهید سیگار را ترک کنید؟".

مرکز بهداشت عمومی و خدمات اجتماعی در آمریکا

آوریل ۲۰۰۹

### خلاصه

در این راهنما، توصیه‌هایی برای بیماران مختلف آورده شده است. هم‌اکنون، اقدامات درمانی مؤثر در دسترس است و اقدامات درمانی توسط پزشکان معالج شدیداً تأکید می‌شود. اولین قدم- تشخیص و ارزیابی میزان مصرف دخانیات می‌باشد که بیماران را عمدتاً در سه گروه قرار می‌دهد:

- ۱) مصرف‌کنندگان مایل به ترک که کاندید اقدامات درمانی هستند.
- ۲) آنهایی که مایل به ترک فعلی نیستند نیازمند اقدامات در جهت کسب این تمایل می‌باشند.
- ۳) آنهایی که بتازگی ترک کرده‌اند نیازمند به پیش‌گیری از شروع مجدد مصرف دخانیات می‌باشند.

### مرجع توصیه شده

مطالب فوق قابل تکثیر و توزیع می‌باشند واز شما سپاسگزار می‌شویم که به مرجع فوق اشاره شود:

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. April; 2009.

## اهداف

دخانیات مهمترین عامل بیماری و مرگ زودرس در آمریکا می باشد و سالانه بیش از ۴۳۵۰۰۰ فرد را بکام مرگ می برد. حدود ۲۰٪ بزرگسالان آمریکایی سیگاری هستند و ۴۰۰۰ کودک و نوجوان روزانه کشیدن اولین سیگار خود را تجربه می کنند. مخارج وارده بر اجتماع در ارتباط با مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات حدود ۹۵ میلیارد دلار صرف مراقبت های بهداشتی و ۹۷ میلیارد دلار بدلیل ناتوانی کاری می باشد. همواره، ۷۰٪ سیگاریها تمایل به ترک دارند و اگر موفق به آن می شدند، بهبود در بهداشت عمومی در کوتاه مدت و آینده را در پیش دارد. پزشکان معالج نقشی مهم در یاری ترک سیگار دارند.

بررسی های انجام شده نشان داده است که درمان موثر برای ترک دخانیات وجود دارد و توصیه می شود که جزوی از شیوه های رایج درمانی باشد. شواهد نشان می دهند که چنین اقداماتی به صرفه نیز می باشند. در مجموع، درمان مصرف سیگار و اعتیاد به آن مناسب ترین روش برای کسب سلامت برای میلیون ها فرد آمریکایی می باشد.

## شواهد کلیدی

۱) اعتیاد به دخانیات ناراحتی مزمن بوده که غالباً نیاز به اقدامات درمانی مکرر و کوشش در جهت ترک می باشد. درمان های موثر که باعث ترک طولانی مدت شده است در دست می باشد.

۲) حائز اهمیت است که مراقبین بهداشتی مصرف دخانیات را تشخیص، میزان آن را سنجیده و اقدام به درمان هر فرد را در این زمینه بنمایند.

۳) اقدامات درمانی ترک اعتیاد به دخانیات در جوامع مختلف موثر بوده است. پزشکان تشویق می شوند که بیماران علاقه مند به ترک را در زمینه مشاوره و دارو درمانی راهنمایی نمایند.

۴) درمان کوتاه مدت اعتیاد به دخانیات موثر بوده و پزشکان در موقعیتی قرار دارند که کلیه بیماران مصرف کننده را از موثر بودن درمان کوتاه مدت آگاه سازند.

۵) مشاوره شخصی، گروهی و تلفنی سودمندند و متناسب با تکیه بر درمان می باشند. دو شیوه مشاوره خصوصاً مفید بوده و به کلیه پزشکان توصیه می شود:

– مشاوره عملی (آموزش شیوه های حل مسائل)

– فراهم کردن حمایت های اجتماعی به همراه درمان

۶) داروهای متعددی برای ترک اعتیاد به دخانیات در دست است و پزشکان ترغیب می‌شوند بیماران علاقه مند به ترک را تشویق به استفاده از دارودرمانی بنمایند، به غیر از مواردی که تجویز از نظر سلامتی منع می‌باشد یا گروهی از افراد که سودی در آن مشاهده نشده است (مانند خانم‌های باردار، مصرف‌کنندگان دخانیات بدون دود، سیگاریهای خفیف و نوجوانان).

➤ هفت داروی اولیه (۵ حاوی نیکوتین و ۲ بدون آن) بصورت قابل ملاحظه ای سبب ترک طولانی مدت شده اند:

- بوپروپیون اس آر
- آدامس نیکوتین
- نیکوتین استنشاقی
- قرص مکیدنی نیکوتین
- اسپری بینی نیکوتین
- برچسب پوستی نیکوتین
- وارنکلین

➤ تجویز دو دارویی نیز در مواردی توصیه می‌شود.

۷) مشاوره و دارو درمانی به تنهایی در درمان اعتیاد به دخانیات موثرند ولیکن استفاده همزمان دو شیوه درمانی مفیدتر از هر یک به تنهایی می‌باشد. در نتیجه، بیماران علاقه مند به ترک توصیه به هر دو می‌شوند.

۸) مشاوره ترک تلفنی در جوامع متعددی موثر بوده و می‌تواند به افراد بسیاری کمک کند. در نتیجه، توصیه می‌شود پزشکان از نحوه مشاوره تلفنی آگاه بوده و بیماران خود را نیز به آن تشویق نمایند.

۹) در صورت عدم تمایل به ترک دخانیات، توصیه می‌شود پزشکان شیوه‌های تشویقی را بکار برده که ممکن است در آینده بکار رود.

۱۰) شیوه‌های درمانی اعتیاد به دخانیات می‌توانند در مقایسه با درمان ناراحتی‌های دیگر بسیار سودمند و به صرفه باشند. در صورت استفاده از این شیوه‌ها، موارد ترک افزایش می‌یابند. بیمه‌کنندگان و افراد تشویق به آگاهی و حمایت از چنین مراقبت‌هایی می‌شوند و حمایت مشاوره و دارودرمانی در این زمینه توصیه می‌شود.

### اعتیاد به دخانیات یک ناراحتی مزمن است.

اعتیاد به دخانیات غالباً ناراحتی مزمن تلقی می‌شود که نیازمند به توجه و راهنمایی‌های متعدد توسط پزشکان می‌باشد. پنج شرط (5 A's) در زمینه ترک دخانیات برای راهنمایی پزشکان در یاری بیماران توصیه شده است (پرسش در مورد مصرف، توصیه به عدم مصرف، ارزیابی میزان مصرف، راهنمایی و پیگیری). غالباً ارجاع به تیم پزشکان مجرب در این زمینه بهتر از تلاش به درمان مستقل توسط پزشک می‌باشد و در زمان مناسب این ارجاع توصیه می‌شود. در صورت ارجاع به چنین گروهی از متخصصین، پیگیری توسط پزشک معالج همواره توصیه می‌شود. پزشکان می‌توانند از مشاوره تلفنی، اینترنت، برنامه‌های ترک اعتیاد و بروشورهای آموزشی در این زمینه مدد جویند که نتایج درمانی بهتری داشته است.

این کتاب با در نظر داشتن ۵ شرط ذکر شده نوشته شده است. ولیکن، بکار بردن آنها عموماً و در این ترتیب ممکن است برای کلیه شرایط بالینی مناسب نباشد. در ذیل، توصیه در زمینه سه گروه از مصرف‌کنندگان دخانیات شده است:

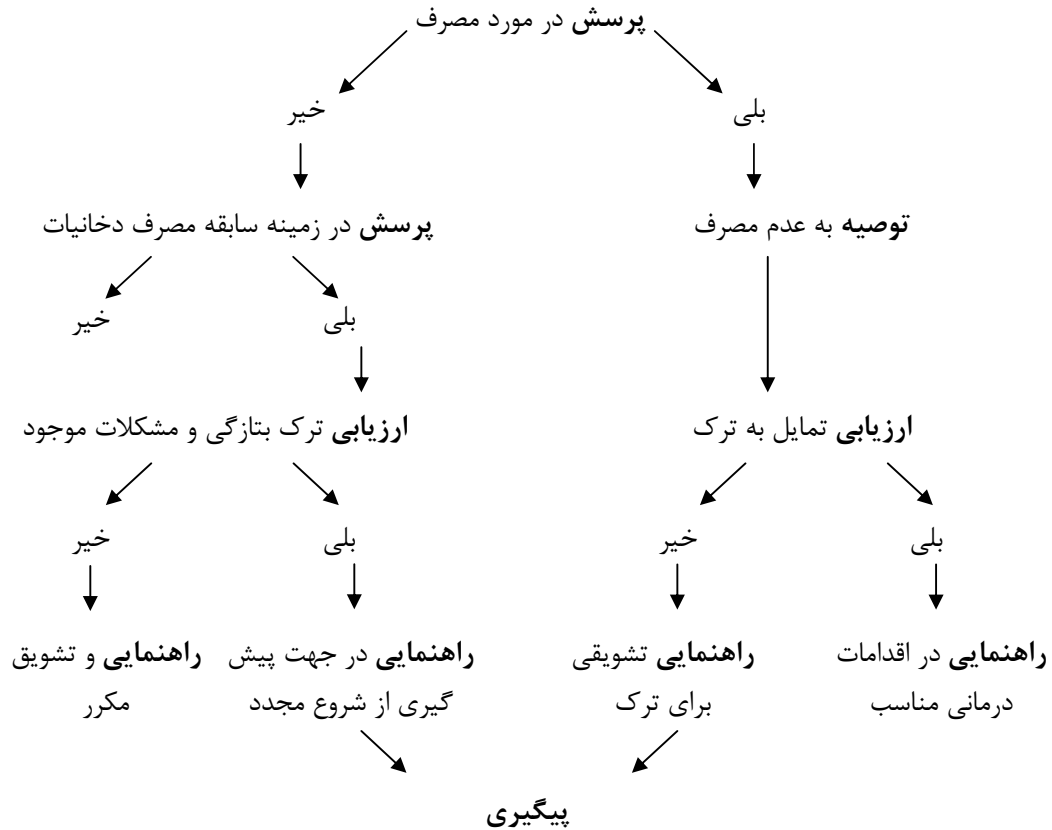
- (۱) آنهایی که مایل به ترک هستند.
  - (۲) آنهایی که مایل به ترک نیستند.
  - (۳) آنهایی که بتازگی دخانیان را ترک کرده‌اند.
- این راهنما برای رجوع به صورت جداول فراهم شده است.

**جدول ۱. پنج شرط درمان مصرف و اعتیاد به دخانیات**

پرسش در مورد مصرف <b>Ask about tobacco use</b>	مصرف دخانیات و میزان آن را در هر ویزیت بررسی کنید.
توصیه به عدم مصرف <b>Advise to quit</b>	بوضوح و صریح هر شخص مصرف کننده را ترغیب به ترک نمایید.
ارزیابی میزان مصرف <b>Assess</b>	در صورت مصرف، آیا شخص مایل به ترک است؟ در صورت ترک بتازگی، زمان ترک کی بوده و آیا مشکلاتی در ادامه ترک رخ داده است؟
راهنمایی <b>Assist</b>	برای فردی مایل به ترک، دارودرمانی، مشاوره و رفتار درمانی توصیه می‌شود. برای افرادی که تمایل به ترک ندارند، اقدامات تشویقی برای ترک که ممکن است در آینده سودمند باشد توصیه می‌شود. برای افرادی که بتازگی ترک کرده‌اند و دیگران که با مشکلی مواجه‌اند، اقدامات پیش‌گیری توصیه می‌شود.
پیگیری <b>Arrange</b>	کلیه اشخاصی که موارد بالا در مورد آنها در نظر گرفته شده است همواره نیاز به پیگیری دارند.



۲. پنج شرط توصیه شده برای درمان اعتیاد به دخانیات بعنوان یک ناراحتی مزمن



جدول ۳. پرسش در مورد مصرف در هر ویژگی

اقداماتی که توصیه می‌شود	شیوه‌هایی که توصیه می‌شود
کلیه بیماران را در زمینه مصرف دخانیات در هر ویژگی بررسی کنید <sup>a</sup>	در کنار معاینات اولیه (vital signs) در مورد مصرف دخانیات پرس‌جو کنید <sup>b</sup>
معاینات اولیه	
فشار خون: -----	
نبض: ----- وزن: -----	
دمای بدن: -----	
تعداد تنفس: -----	
مصرف دخانیات: دارد	قبلاً داشته
	ندارد

a بررسی مجدد برای فردی که هرگز یا مدتی طولانی سیگاری نبوده است و در پرونده او ذکر شده مورد نیاز نمی‌باشد.

b روش دیگر، استفاده از برجسب نشان دهنده وضعیت مصرف دخانیات روی پرونده یا درج اطلاعات در کامپیوتر می‌باشد.

#### ۴. راهنمایی - کلیه افراد مصرف‌کننده دخانیات را قویاً به ترک تشویق نمایید.

◀ بوضوح و صریح هر شخص مصرف‌کننده را ترغیب به ترک بنمایید.

نحوه توصیه:

- واضح - "به نفع شما است که هر چه زودتر ترک سیگار را در نظر بگیرید و من می‌توانم به شما کمک کنم." "حتی مصرف گهگاه یا کم سیگار خطرزا می‌باشد."
- صریح - "وظیفه من است که شما را آگاه سازم که ترک سیگار مهمترین اقدامی است که در جهت سلامت خود می‌توانید بکنید، چه الآن و چه در آینده. این درمانگاه به شما کمک خواهد کرد."
- شخصاً - در زمینه مصرف دخانیات و توجه به زیان‌های آن در عصر امروز به سلامت، مسائل اجتماعی و اقتصادی مربوطه و یا اثر غیر مستقیم دود سیگار بر اطرافیان و کودکان اشاره کنید. "ادامه مصرف سیگار آسم شما را تشدید می‌کند و ترک می‌تواند بصورت قابل ملاحظه‌ای به بهبود شما کمک کند. ترک سیگار می‌تواند از بروز عفونت گوش میانی در کودکان شما پیش‌گیری کند."

#### ۵. ارزیابی - تمایل به ترک را ارزیابی نمایید.

◀ تمایل مصرف‌کننده دخانیات را به ترک ارزیابی نمایید.

نحوه توصیه:

- در صورت تمایل به ترک، بیمار را راهنمایی کنید.
- در صورت علاقه به اقدام فوری، به او نهایت کمک را کرده یا او را به مرکز ترک سیگار ارجاع دهید.
- در صورت گروهی که درمان در زمینه آنها ممکن است بسادگی صورت نگیرد (مانند نوجوانان، خانم‌های باردار و افراد با اعتقادات خاص)، اطلاعات بیشتر برای آنها فراهم آورید.
- در صورت عدم تمایل به ترک، اقدامی تشویقی برای امکان ترک در آینده بکار برید.

## ۶. راهنمایی - یاری در ترک سیگار (مشاوره و دارو درمانی)

بیمار را در ترک سیگار راهنمایی کنید و برای او برنامه‌ای بریزید.

### نحوه توصیه:

آمادگی بیمار برای ترک:

- روزی را برای ترک معین کنید، که زودتر از دو هفته باشد.
- خانواده، دوستان و همکاران را از تمایل به ترک آگاه سازید و از آنها بخواهید که بیمار را همراهی و حمایت کنند.
- مشکلات مواجهه را در نظر بگیرید، خصوصاً در هفته‌های اول ترک که شامل علائم ترک می‌باشند.
- محصولات دخانی را از محیط زندگی دور کرده. از کشیدن سیگار در مکان‌هایی که اوقات بسیاری را در آن سپری می‌کنید پرهیز کنید (مانند محل کار، خانه و اتوموبیل). خانه خود را عاری از سیگار نمایید.
- ◀ دارو درمانی توصیه شده را به او ارائه دهید، به غیر از موارد منع تجویز یا افرادی که دارو برای آنها مؤثر شناخته نمی‌شود (مانند خانمهای باردار، مصرف‌کنندگان دخانیات بدون دود، سیگاریهای خفیف و نوجوانان).

### نحوه توصیه:

توضیح دهید چگونه دارو می‌تواند علائم ترک و موفقیت را بهتر کند. داروهای توصیه شده توسط FDA عبارتند از:

- بوپروپیون اس آر
- نیکوتین استنشاقی
- آدامس نیکوتین
- قرص مکیدنی نیکوتین
- اسپری بینی نیکوتین
- برچسب پوستی نیکوتین
- وارنکلین

اطلاعات کافی در مورد تجویز دارو درمانی برای خانم‌های باردار، نوجوانان، مصرف‌کنندگان دخانیات بدون دود و سیگاریهای خفیف (کمتر از ۱۰ نخ در روز) در دست نیست ولی با احتیاط می‌توان مصرف نمود.

◀ مشاوره عملی فراهم کنید (آموزش در حل مشکلات).

#### نحوه توصیه:

- ادامه ترک. هدف ترک کامل و پرهیز از حتی یک نخ سیگار در روز می‌باشد.
- سابقه ترک سیگار. عوامل مؤثر و مشکل زای پیشین را تعیین کنید و از گذشته بیاموزید.
- پیش بینی عوامل تشویق به کشیدن سیگار و مشکلات ترک. موارد قبل را با بیمار در میان گذاشته و او را در مقابله راهنمایی نمایید (از عوامل تشویقی پرهیز کنید و برنامه روزانه خود را تغییر دهید).
- الکل. مصرف الکل با عدم تداوم ترک سیگار همراه بوده است و به بیمار توصیه به کاهش یا قطع مصرف الکل می‌شود. (کاهش الکل در افراد الکلی می‌تواند علائم ترک الکل ایجاد کند).
- سیگاری‌های دیگر در خانه. ترک سیگار در صورت حضور سیگارپه‌های دیگر در خانه مشکل است و بیمار توصیه به تشویق به ترک در آنها یا پرهیز از استعمال سیگار در حضور خود می‌باشد.

◀ حمایت اجتماعی در حین ترک سیگار

#### نحوه توصیه:

- توصیه می‌شود محیط درمانگاه تشویق کننده باشد.
- "درمانگاه به شما یاری خواهد داد."
- "درمان شما نیازمند حمایت و تشویق مداوم می‌باشد."

◀ وسایل آموزشی فراهم کنید شامل مشاوره تلفنی

#### نحوه توصیه:

- منابع کمکی: مراکز دولتی، مراکز خیریه، مشاوره تلفنی جامع (شماره تلفن) و یا مشاوره تلفنی منطقه ای.
- نوع: وسایل آموزشی از نظر فرهنگی و سواد و سن مناسب باشد.
- مکان: به آسانی در درمانگاه قابل دسترس باشد.

## راهنمایی - مشاوره

مشاوره شامل آموزش عملی در حل مشکلات و حمایت و تشویق بیمار می باشد.

### ۷. مبانی مشاوره عملی

مشاوره عملی (مانند آموزش در حل مشکلات و کسب روش های مقابله با آنها)

◀ موقعیت های خطرزا را تشخیص دهید- اتفاقات، موقعیت های خانوادگی و یا فعالیت‌هایی که احتمال کشیدن سیگار را تشدید می کند.

■ خلق منفی و استرس

■ نزدیک سیگاریهای دیگر بودن

■ مصرف الکل

■ علائم ترک

■ شرایطی که علائم ترک را ایجاد کرده و یا دسترسی به سیگار

◀ کسب مهارت های مقابله با مشکلات- تعیین مهارت های مناسب و روبرویی بهتر با مشکلات خصوصاً در موارد خطرناک

■ تشخیص و پرهیز از موقعیت های تشویقی به کشیدن سیگار

■ آموزش شناخت و پیش گیری از خلق منفی

■ تغییر عاداتی که سبب ایجاد استرس شده، کیفیت زندگی را مختل می سازد و پرهیز از موارد تشویقی به کشیدن سیگار

■ آموزش شناخت و رفتارهای جهت مقابله با لائم ترک (مانند مشغولیت فکری یا پرهیز از عادات نامناسب)

◀ اطلاعات عمومی- اطلاعات عمومی در زمینه کشیدن سیگار و ترک موفقیت آمیز فراهم کنید.

■ حتی یک پک از سیگار می توانند سبب عدم تداوم ترک گردد

■ علائم ترک عموماً ۲-۱ هفته پس از ترک شدید می باشند و می توانند ماه‌ها ادامه یابند. علائم فوق شامل خلق نامطلوب، تمایل به سیگار کشیدن مجدد و کاهش حافظه می باشند.

■ سیگار اعتیاد آور است.

### جدول ۸. عوامل مؤثر در مشاوره و حمایت از بیمار

روش‌های توصیه شده	مراحل درمان با حمایت از بیمار
<ul style="list-style-type: none"><li>■ توضیح داده شود که درمان مؤثر برای ترک سیگار در دست است.</li><li>■ نیمی از سیگاریها آن را ترک کرده‌اند</li><li>■ به بیمار بگوئید که می‌تواند سیگار را ترک کند.</li><li>■ به بیمار تأکید شود که خود قادر به ترک است.</li></ul>	بیمار را در ترک سیگار تشویق کنید.
<ul style="list-style-type: none"><li>■ در مورد علاقه به ترک جويا شوید</li><li>■ بطور مستقیم به او یاری فراهم کرده و بر آن تأکید کنید که می‌تواند در هر زمانی کمک بگیرد</li><li>■ از او در مورد نگرانی‌ها و دودلی در مورد ترک سؤال کنید.</li></ul>	اهمیت ترک را توضیح دهید.
<ul style="list-style-type: none"><li>از موارد فوق جويا شوید:</li><li>■ دلیل انتخاب ترک</li><li>■ نگرانی‌های موجود</li><li>■ موفقیت‌های بدست آمده در این زمینه</li><li>■ مشکلات مواجهه</li></ul>	بیمار را تشویق به سؤال در زمینه ترک سیگار نمایید.

## ۹. مشاوره و سوالات مکرراً پرسیده شده توسط بیماران

– اگر بیمار مشاوره نمی‌خواهد بلکه تنها درمان دارویی می‌جوید، چه می‌توان کرد؟  
توضیح دهید که مشاوره در کنار دارودرمانی موفق‌تر است و مهارت‌های لازم جهت ترک را قوت می‌بخشد. از روش‌های تشویقی در زمان عدم علاقه به ترک استفاده شود و تأکید شود که مشاوره بخشی از درمان است. در صورت عدم رضایت دارو درمانی که به تنهایی نیز مؤثر بوده است تجویز شده و در طی درمان اصول مشاوره مانند حل مشکلات، روش‌های عملی و حمایت از بیمار فراهم شود.

– اگر بیمار علاقه مند به روش‌های درمانی مؤثر شناخته نشده علاقه مند است مانند طب سوزنی، هیپنوسیس یا لیزر، چه می‌توان کرد؟

به بیمار توصیه کنید که موفقیت در ترک را با استفاده از مشاوره و دارودرمانی بهبود بخشد. در صورت عدم تمایل به ترک، حامی او بمانید و هر زمانی که علاقه نشان می‌دهد تشویقش کنید و تأکید کنید که مشاوره و دارودرمانی در دست است.

### – بیمار نگران افزایش وزن است!

توصیه کنید که بیمار فعالیت فیزیکی خود را بیافزاید، در هنگام وقت آزاد یا ظهر بجای سیگار کشیدن پیاده روی کند و دارودرمانی توصیه کنید. گو اینکه این افزایش وزن خیلی مضر نخواهد بود.

– بیمار از استفاده از داروهای حاوی نیکوتین نگران بوده و آن را از مواد خطرناک موجود در سیگار می‌داند:

توضیح دهید که داروی حاوی نیکوتین به تنهایی می‌تواند مؤثر باشد. حدود ۴۰۰۰ ماده شیمیایی در سیگار موجود است که ۴۰ مورد سرطانزا هستند و سبب مضرات سیگار می‌شوند. بعلاوه، نیکوتین دارویی می‌تواند علائم ترم را به مقدار زیادی کاهش دهد.

### – بیمار داروی حاوی نیکوتین را نمی‌خواهد استفاده کند زیرا:

نگران است وابستگی پیدا کند، فکر نمی‌کند دارو مؤثر خواهد بود، قبلاً اعتیاد دیگر داشته است و معتقد است نیکوتین در ترک مؤثر نخواهد بود.



توضیح دهید:

- داروی خوارکی یا برچسب پوستی مانند کشیدن سیگار عمل نمی‌کند و اعتیاد نادر است.
- موفقیت در ترک با استفاده از دارو بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.
- مشاورین بصورت معمول دارودرمانی تجویز می‌کنند.
- در نهایت هدف ترک سیگار و عدم استفاده از نیکوتین است و دارو وسیله‌ای برای ترک است.
- داروی غیر نیکوتینی تجویز شود.

**– زندگی او استرس بسیار داشته و برای رفع استرس نیاز به سیگار دارد:**

توضیح دهید که افراد متعددی برای کاهش استرس سیگار می‌کشند که یک شیوه بکار رفته است. ترک سیگار زمان لازم دارد و تدریجاً شخص اثر ضد استرس آن را حس نکرده و به روش‌های دیگر روی می‌آورد و به سلامت او نیز کمک می‌شود.

**– او سالهاست (۲۰، ۳۰ یا بیشتر) سیگاری است و ناراحتی‌ای نداشته است و پدربزرگ سیگاریش تا ۱۰۵ سالگی در قید حیات بوده است.**

توضیح دهید که البته افرادی هستند که سالها بدون عارضه سیگار می‌کشند ولیکن نیمی بوسیله ناراحتی‌های مربوطه جان خود را از دست می‌دهند. مصرف سیگار طول عمر را در افراد سیگاری حد وسط ۱۰ سال کاهش می‌دهد. ترک مشکل است ولیکن آیا انصف است که در مورد سلامتی خود که در خطر ۵۰٪ از دست رفتن است جدی نباشید.

**توصیه های تجویز دارودرمانی برای ترک سیگار**  
**دارو: بوپروپیون اس آر ۱۵۰ Bupropion SR 150**

**احتیاط:**

استفاده همزمان با مهار کننده مونو آمین اکسیداز، تحت درمان با بوپروپیون در اشکال دیگر، سابقه سرع، سابقه ناراحتی با میزان خورد خوراک، هنگام تجویز در کودکان، نوجوانان و جوانان به دستور دارویی (FDA) در زمینه احتمال خودکشی در هنگام مصرف همزمان با آنتی‌دیپرسیان‌ها رجوع شود

**عوارض:** بیخوابی، خشکی دهان،

**دوز:** ۱-۳: ۱۵۰ میلی‌گرم هر صبح و روزهای ۴-پایان: دو بار در روز

**نحوه مصرف:** ۱-۲ هفته قبل از روز ترک شروع کنید؛ دوره درمان ۶-۲ ماه

**دسترسی (پوشش بیمه):** دارو تنها بصورت نسخه تجویزی فراهم است. (در ایران کمیاب است)

ژنریک، زیبان (Zyban)، ولبوترین اس آر (Wellbutrin SR)

**دارو:** آدامس نیکوتین (۲ یا ۴ میلی گرم) Nicotine Gum (2mg or 4 mg)

**احتیاط:**

در صورت داشتن دندان‌های عاریه احتیاط شود، ۱۵ دقیقه قبل یا هنگام جویدن از خوردن و آشامیدن پرهیز کنید.

**عوارض:** زخم دهان، درد شکم

**دوزاژ:** یک عدد هر ۱-۲ ساعت، ۱۵-۶ عدد در روز، در صورت مصرف ۲۵ نخ سیگار در روز: ۲ میلی‌گرم و در صورت مصرف بیش از ۲۵ نخ سیگار در روز: ۴ میلی‌گرم

**نحوه مصرف:** دوره درمان تا ۱۲ هفته یا برحسب نیاز

**دسترسی (پوشش بیمه):** نیاز به تجویز نسخه ندارد. (در ایران در داروخانه‌ها قابل تهیه است) ژنریک، نیکوتین

**دارو:** داروی استنشاقی نیکوتین

**احتیاط:**

در ابتدا می‌تواند سبب تحریک دهان و گلو شده که بهبود می‌یابد.

**عوارض:** تحریک موضعی دهان و گلو

**دوزاژ:**

● ۱۶-۶ کارتریج در روز

● هر کارتریج حاوی ۸۰ استنشاق است.

● می‌توان کارتریج نیمه مصرفی را روز بعد استفاده کرد.

**نحوه مصرف:** دوره درمان تا ۶ ماه؛

دارو تدریجاً قطع شود

**دسترسی (پوشش بیمه):** دارو تنها بصورت نسخه تجویزی فراهم است. (در ایران نایاب است)

داروی استنشاقی، نیکوترو (Nicotrol inhaler)

**دارو:** قرص مکیدنی نیکوتین (۲ یا ۴ میلی‌گرم)

**احتیاط:**

۱۵ دقیقه قبل یا هنگام مصرف از خوردن و آشامیدن پرهیز کنید، یک قرص در هر زمان مصرف شود، ماکسیمم ۲۰ قرص در ۲۴ ساعت

**عوارض:** سکسکه، سرفه، سوزش سر معده

**دوزاژ:**

در صورت مصرف معادل ۲۵ نخ سیگار در روز، ۳۰ دقیقه پس از بیداری صبح: قرص ۲ میلی‌گرم استفاده شود. در صورت مصرف بیش از ۲۵ نخ سیگار در روز، ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن: قرص ۴ میلی‌گرم استفاده شود.

● هفته ۱-۶: ۱ قرص هر ۱-۲ ساعت

● هفته ۷-۹: ۱ قرص هر ۲-۴ ساعت

● هفته ۱۰-۱۲: ۱ قرص هر ۴-۸ ساعت

**نحوه مصرف:** ۳-۶ ماه

**دسترسی (پوشش بیمه):** نیاز به تجویز نسخه ندارد. (در ایران کم‌یاب است)

ژنریک، کامیت (Commit)

**دارو:** اسپری بینی نیکوتین

**احتیاط:**

مصرف در بیماران آسم توصیه نمی‌شود، می‌تواند سبب تحریک بینی شود که با ادامه مصرف بهتر می‌شود، می‌تواند اعتیاد ایجاد کند

**عوارض:**

تحریک مجاری بینی

**دوزاژ:** ۱ "دوز" = یک اسپری در هر بینی، ۲-۱ دوز هر ساعت، ۴-۸۰ دوز در روز، استنشاق نشود.

**نحوه مصرف:** ۳-۶ ماه؛

قطع دارو تدریجاً صورت گیرد.

**دسترسی (پوشش بیمه):** فقط بصورت نسخه تجویزی فراهم است. (در ایران نایاب است)  
نیکوترول ان اس، (Nicotrol NS)

**دارو:** برچسب پوستی نیکوتین

**احتیاط:** در صورت اگزما یا سوریا سیس شدید تجویز نشود.

**عوارض:** تحریک پوستی، بیخوابی

**دوزاژ:** یک برچسب در روز، در صورت مصرف ۱۰ نخ سیگار در روز: ۲۱ میلیگرم برای ۴ هفته، ۱۴ میلیگرم ۲-۴ هفته، ۷ میلیگرم ۲-۴ هفته و در صورت مصرف کمتر از ۱۰ نخ در روز: ۱۴ میلیگرم برای ۴ هفته، سپس ۷ میلیگرم برای ۴ هفته

**نحوه مصرف:** ۸-۱۲ هفته

**دسترسی (پوشش بیمه):** بصورت تجویزی یا بدون تجویز نسخه فراهم است. (قابل دستیابی در داروخانه‌ها است)

ژنریک، نیکودرم سی کیو (NicodermCQ)، نیکوترول

### دارو: وارنکلین (Varnicline)

**احتیاط:** احتیاط در تجویز در موارد زیل: نارسایی کلیوی، ناراحتی روانی، تحت دیالیز احتیاط (FDA): استفاده از دارو سبب خلق افسرده، تحریک پذیری، تغییرات رفتاری، تمایل به خودکشی و اقدام به آن شده است.

برای تجویز ایمن تر، اطلاعات خود را با رجوع به [www.fda.gov](http://www.fda.gov) مطابق روز نمایید.

**عوارض:** تهوع، بیخوابی، خواب دیدن غیر معمول، عجیب و واضح

**دوزاژ:** روزهای ۱-۳: ۰/۵ میلی‌گرم هر صبح، روزهای ۴-۷: ۰/۵ میلی‌گرم دو بار در روز و روزهای

۸- پایان: ۱ میلی‌گرم دو بار در روز

**نحوه مصرف** یک هفته قبل از روز ترک شروع شود؛ ۶-۳ ماه مصرف شود

**دسترسی (پوشش بیمه)** تنها با تجویز:

شانتيکس، (Chantix)

### دارو: ترکیبی

(۱) برچسب پوستی + بوپروپیون

(۲) برچسب + آدامس

(۳) برچسب + قرص مکیدنی + داروی استنشاقی

**احتیاط:** تنها برچسب + بوپروپیون توسط FDA توصیه می‌شود، به دستورات تجویز هر دارو توجه شود.

**عوارض** به اطلاعات هر دارو در بالا رجوع شود.

**دوزاژ** به اطلاعات هر دارو در بالا رجوع شود.

**نحوه مصرف** به اطلاعات هر دارو در بالا رجوع شود.

**دسترسی (پوشش بیمه)** به اطلاعات هر دارو در بالا رجوع شود.

## دارودرمانی - سوالات رایج

چه کسی می‌تواند دارودرمانی بگیرد؟ آیا گروهی نیز هستند که دارودرمانی در آنها مؤثر نیست؟ دارودرمانی برای کلیه سیگاریهای علاقه مند به ترک توصیه می‌شود به غیر از آنهایی که موفقیت با دارودرمانی در آنها مشاهده نشده است (مانند خانمهای باردار، استفاده از دخانیات غیر کشیدنی، سیگاریهای خفیف و نوجوانان)

### داروهای دسته اول توصیه شده کدامند؟

کلیه هفت داروی توصیه شده توسط FDA برای ترک سیگار تجویز می‌شوند که شامل داروهای ذیل می‌باشند: بوپروپیون اس آر، آدامس نیکوتین، داروی استنشاقی نیکوتین، قرص مکیدنی نیکوتین، اسپری بینی نیکوتین، برچسب نیکوتین و وارنکلین. کلیه داروهای دست اول که توصیه می‌شود همراه برچسب نیکوتین تجویز شوند را در نظر بگیرید مطابق ذیل: وارنکلین ۲ میلیگرم در روز یا ترکیبی از برچسب طولانی مدت + داروهای نیکوتینی دیگر در صورت نیاز. دستورالعمل تجویزی شناخته شده ای در دست نیست.

### موارد منع تجویز، خطر، احتیاط، موارد قابل توجه و عوارض داروهای دسته اول چیست؟

کلیه هفت داروی توصیه شده توسط FDA موارد منع تجویز، خطر، احتیاط، موارد قابل توجه و عوارض دارویی می‌توانند داشته باشند و رجوع به دستور دارویی و اطلاعات جدید در زمینه تجویز توسط FDA توصیه می‌شود.

### عوامل مؤثر دیگر در انتخاب نوع دارو کدامند؟

بروز مشکلات در تجویز مانند پوشش بیمه، خرج مستقیم توسط بیمار، تمکین دارویی، دندانهای عاریه در مورد تجویز آدامس یا درمانیت با برچسب می‌توانند در انتخاب دارو نقش داشته باشند.

### دارودرمانی - سوالات رایج (ادامه)

آیا تجربه قبلی با یک نوع دارو مهم است؟ در صورت سابقه ترک موفقیت آمیز با دارویی که قبلاً بدون عارضه مصرف شده است می‌توان دارو را مجدداً تجویز نمود. ولیکن در مورد دارویی که قبلاً مؤثر نبوده است اطلاعات دقیق در دست نیست.

#### چه داروهایی برای بیمار با اعتیاد شدید به نیکوتین توصیه می‌شود؟

دوز بالای آدامس، برچسب یا قرص مکیدنی نیکوتین می‌تواند برای اعتیاد شدید سودمند باشد و همچنین ترکیبی از داروهای نیکوتینی که در سیگارهای شدید نیز می‌تواند مؤثر باشد.

#### آیا جنسیت در انتخاب دارو مهم است؟

هر دو جنسیت می‌توانند از داروی نیکوتینی سود برند. اگرچه خانم‌ها ممکن است کمتر از آقایان پاسخ دهند و تجویز همزمان داروهای دیگر مانند بوپروپیون اس آر و وارنکلین را می‌توان در نظر گرفت.

#### آیا دارودرمانی برای ترک سیگار برای سیگاریهای خفیف مناسب است (مانند کمتر از ۱۰ نخ سیگار در روز)؟

قبلاً اشاره شد که داروهای نیکوتینی ممکن است در سیگاریهای خفیف مفید نباشند و در صورت تجویز، دوز کم توصیه می‌شود. در صورت تجویز بوپروپیون اس آر یا وارنکلین تغییر دوز نیاز نیست.

#### چه زمانی داروهای دسته دوم توصیه می‌شوند؟

در صورت منع تجویز برای داروهای دسته اول یا عدم اثر، داروهای دسته دوم (مانند کلونیدین و نورتریپتیلین) توصیه می‌شوند. توجه به موقعیت بیمار و موارد منع تجویز، خطر، احتیاط، موارد قابل توجه و عوارض دارویی و رجوع به دستورالعمل تجویزی FDA توصیه می‌شود.



### چه داروهایی در بیماران نگران از افزایش وزن توصیه می‌شوند؟

شواهد نشان می‌دهد که بوپروپیون اس آر و داروهای نیکوتینی، خصوصاً ۴ میلی‌گرم آدامس نیکوتین و ۴ میلی‌گرم قرص مکیدنی نیکوتین می‌توانند افزایش وزن را به عقب انداخته ولی پیش‌گیری نمی‌کنند.

### آیا در صورت سابقه افسردگی، داروهای خاصی توصیه می‌شوند؟

بوپروپیون اس آر و نورتریپتیلین در این گروه مؤثرند ولیکن داروهای نیکوتینی در بیماران با سابقه افسردگی می‌توانند سودمند باشند.

### در صورت ناراحتی قلبی-عروقی، آیا تجویز نیکوتین منع دارد؟

خیر. تجویز برچسب نیکوتین در بیماران با ناراحتی قلبی-عروقی ایمن محسوب می‌شود.

آیا داروهای ترک اعتیاد را می‌توان طولانی مدت استفاده کرد (مثلاً تا ۶ ماه)؟ این روش در بیمارانی که علائم ترک مداوم داشته، پس از ترک مجدداً با قطع دارو سیگاری شده‌اند و آنهایی که تمایل به دارودرمانی طولانی مدت دارند می‌تواند مؤثر باشد. معدودی از بیماران که موفق به ترک می‌شوند همچنان در صورت نیاز بصورت طولانی مدت از داروهای نیکوتینی (آدامس، اسپری بینی و داروی استنشاقی) استفاده می‌کنند. مصرف این داروها تا ۶ ماه عوارضی نشان نداده و اعتیاد به دارو نادرست. بعلاوه، سازمان FDA تجویز بوپروپیون اس آر، وارنکلین و برخی داروهای نیکوتینی را برای ۶ ماه مجاز می‌داند.

### آیا تمکین دارویی مهم است؟

بلی. برخی بیماران تمکین دارویی نداشته و مثلاً دوز یا زمان توصیه شده را رعایت نمی‌کنند و اثربخشی دارو می‌تواند کاهش یابد.

### آیا ترکیب دارویی امکان‌پذیر است؟

بلی. در مورد داروهای دسته اول، نشان داده شده است که تجویز طولانی مدت همزمان برچسب نیکوتین (بیش از ۱۴ هفته) به همراه آدامس ویا اسپری بینی نیکوتین، برچسب نیکوتین همراه اسپری استنشاقی، یا برچسب نیکوتین همراه بوپروپیون اس آر مدت ترک را در مقایسه با پلاسبو افزایش می‌دهند.

بیماری نمی‌تواند مخارج داروها را متحمل شده و پوشش بیمه ندارد. چه می‌توان کرد؟

- به بیمار توصیه کنید که مخارجی را که صرف سیگار می کرده در صورت ترک کنار بگذارد و پس از شروع درمان، مخارج ادامه درمان قابل پرداخت تر است.
- مراکزی هستند که بیماران بدون پوشش بیمه را برای ترک سیگار می پذیرند و دارودرمانی نیز در دست است. اطلاعات ارجاع به این مراکز را در اختیار بیماران و علاقه مندان قرار دهید.
- خط تلفنی ترک سیگار نیز می تواند در زمینه دریافت دارودرمانی با مخارج کمتر راهنمایی نماید.
- اطلاعات در زمینه بیمه هایی که ترک سیگار را پوشش می دهند در اختیار بیماران یا علاقه مندان قرار دهید.
- بسیاری از شرکت های دارویی نیز ممکن است در تهیه دارو برای آنهايي که نمی‌توانند مخارج آن را فراهم کنند یاری دهند.

### **برنامه ریزی برای بیماران**

وابستگی به دخانیات اعتیاد محسوب می شود. ترک برای بسیاری از سیگاریها دشوار است. پیگیری مداوم حائز اهمیت است، خصوصاً در صورت درمان با ارجاع به متخصصین دیگر یا خط تلفنی ترک سیگار.

جدول ۱۱. برنامه ریزی کنید- برای ادامه پیگیری درمان از قبل اقدام کنید

عمل کردن	شیوه های کاربردی
برای پیگیری از قبل وقت تعیین کنید، بصورت شخصی یا تلفنی.	زمانبندی: پیگیری بلافاصله پس از ترک توصیه می شود خصوصاً در هفته اول. پیگیری دوم در یکماه و ادامه پیگیری توصیه می‌شود. عملکرد در ویزیت های پیگیری: برای کلیه بیماران مشکلات مواجهه را معین کنید و همچنین مشکلات آینده نزدیک را پیش بینی کنید. تمکین دارویی و مشکلات را ارزیابی کنید. به بیماران دسترسی به تلفن ترک سیگار را یادآوری کنید. در ویزیت بعد، در زمینه مصرف دخانیات (مانند بیماری ای مزمن) بیمار را آگاه سازید. در صورت ادامه ترک، بیمار را تشویق کنید.

### سیگاریهایی که تمایل به ترک ندارند

از شیوه پرسش، راهنمایی و بررسی تمایل به ترک برای کلیه سیگاریها مدد جویید. در صورت عدم تمایل، از شیوه های تشویقی برای ترک آینده استفاده کنید.

### کمک

در صورت عدم تمایل، فرد سیگاری را در زمینه امکانات درمانی برای ترک آگاه سازید و از شیوه های تشویق برای ترک مدد جویید. برای مثال شیوه ۵ شرطی ذیل را بکار برید: اهمیت ترک، خطرها، مزایا، مشکلات و تکرار. ترک را مطرح کرده و بگذارید بیمار با زبان خود مسائل را پیش بگیرد. سپس بر حسب نیاز او را راهنمایی کنید.

### تشویق به ترک سیگار - شیوه ۵ شرطی (5 R's)

#### اهمیت ترک Relevance

اهمیت ترک را به بیمار توضیح دهید و از شیوه های تشویقی مانند اهمیت اثر بر بیماری یا خطر بیماریزایی، وضع خانوادگی یا اجتماعی (مانند حضور کودکان در منزل)، خطر برای سلامتی، سن، جنسیت و موارد دیگر (مانند سابقه ترک و مشکلات مواجهه) استفاده کنید.

#### خطرها Risks

از بیمار بخواهید عوارض مصرف دخانیات را بیان کند و موارد مهم را تأکید کنید. به او توضیح دهید که مصرف سیگار کم‌تار/کم‌نیکوتین یا انواع دیگر دخانیات (مانند دخانیات بدون دود، سیگار برگ و پیپ) کم‌خطر نمی‌باشند. مطابق ذیل:

■ خطرهای کوتاه مدت: تنگ نفس، تشدید آسم یا برونشیت، افزایش عفونت های تنفسی، خطر در بارداری، اختلال جنسی و ناباروری.

■ خطرهای طولانی مدت: سکته قلبی و مغزی، سرطان ریه و غیره (مانند لارنکس، دهان، فارنکس، مری، پانکراس، معده، کلیه، مثانه، سرویکس و لوسمی حاد میلوسیتیک)، بیماری انسدادی مزمن ریوی (برونشیت مزمن و آمفیسیم)، استئوپوروز، ناتوانی و نیاز به مراقبت های مداوم.

■ خطرهای محیطی: افزایش خطر ناراحتی ریه یا سرطان در همسر، افزایش خطر کم وزنی در هنگام تولد، سندروم مرگ ناگهانی در اطفال، آسم، ناراحتی گوش میانی و عفونت های تنفسی در کودکان افراد سیگاری.

### **Rewards** مزایا

از بیمار بخواهید که مزایای ترک سیگار را نام ببرد. موارد مربوطه را تأکید کنید. برای مثال:

- بهبود سلامت
- طعم بهتر غذا
- حس بویایی بهتر
- صرفه جویی در مخارج
- احساس بهتری از خود
- خانه، اتوموبیل، لباس و دهان خوشبوتر
- نمونه بهتری برای کودکان بودن و کاهش احتمال مصرف سیگار برای آنها
- اطفال و کودکان سالمتر
- بهبود فیزیکی
- اشتغال بیشتر به فعالیت های فیزیکی
- ظاهری بهتر شامل کاهش چین وچروک پوست و دندانهای تمیزتر

### **Roadblocks** مشکلات

مشکلات ترک را از بیمار بپرسید و او را در حل مشکلات و دارودرمانی مشاوره کنید. مثال مشکلات عبارتند از:

- علائم ترک
- نگرانی از عدم موفقیت در ترک سیگار
- افزایش وزن
- عدم داشتن حمایت
- افسردگی
- علاقه به سیگار
- تماس با افراد سیگاری
- عدم اطلاعات کافی در زمینه درمان های در دسترس

## تکرار Repetition

تشویق بیمار در ویزیت‌های بعدی حائز اهمیت است. به آنهایی که در ترک قبلی ناموفق بوده‌اند توضیح دهید که این مشکل بسیاری از افراد سیگاری است و بگویید که ترک سیگار را تشویق می‌کنید و در صورت نیاز او را یاری می‌دهید. از جمله شیوه‌های افزایش تمایل فرد سیگاری به ترک می‌تواند تشویقی باشد.

### شیوه‌های مشاوره تشویقی

#### همدردی با بیمار

- از سوالات به شیوه باز استفاده شود:
  - اهمیت ترک سیگار برای شما چیست؟
  - در صورت ترک سیگار چه مسائلی در پیش دارید؟
- به بیمار بازخور بدهید:
  - تأکید بر موارد نگرانی از ترک
  - خلاصه مطالب موارد بحث
- به بیمار تأکید کنید که احساسات و نگرانی‌های او طبیعی است.
- استقلال بیمار را در انتخاب تغییر یا عدم آن حمایت کنید و یاری خود را در زمان تمایل در اختیار او قرار دهید .

### یادآوری مزایای اهمیت ترک در مقایسه با مضرات سیگار

- زیان‌های سیگار را در زمینه اولویت‌های بیمار، ارزش‌ها و اهداف او بیان کنید.
- مصرا نه تمایل به ترک و تغییر عادت را تشویق کنید.
- "متوجه می‌شوید که مصرف سیگار چگونه سبب تنگی نفس و کاهش فعالیت با کودکان می‌شود"
- "خوشحال‌کننده است که مدتی پس از برطرف شدن شرایط دشوار حاضر، ترک سیگار را در نظر خواهید گرفت"
- هرگونه اشتیاق به ترک را تقویت کنید.
- "درمان‌های مؤثری برای تسهیل ترک در دست است و همچنین داروهای متعدد فراهم است"
- "هدف ما کاهش خطرات مصرف سیگار مانند سگته مغزی می‌باشد"

### در صورت عدم تمایل به ترک، نقشی حمایتی ایفا کنید

- در صورت عدم تمایل، بیمار را حمایت کرده مشکلاتش را تأکید کنید.
- "به نظر می‌رسد که مصرف سیگار سبب استرس شما می‌شود"
- همدردی
- "نگرانی شما در مورد علائم ترک اعتیاد مناسب است"
- اجازه بخواهید تا او را از مضرات سیگار و مواجهه با مشکلات ترک آگاه‌تر سازید.
- "آیا علاقه دارید شیوه‌هایی برای کاهش نگرانی‌تان ارائه شود"

### تشویق انتخاب فردی

- به بیمار کمک کنید تا از تجربیات موفقیت آمیز گذشته سود جوید
- "ترک شما در گذشته موفقیت آمیز بوده است"
- امکانات دیگر برای تشویق به ترک سیگار
- آگاهی از خط تلفنی ترک
- در زمینه مزایا و شیوه‌های ترک توصیه کنید
- عادات مصرف سیگار را تغییر دهید (مثلاً "در خانه سیگار نکشید")
- انتظارات او را در زمینه حمایت‌های مورد نیاز برای ترک بپرسید



### پیگیری فراهم کنید

یک فرد سیگاری ممکن است به بیش از یک شیوه تشویقی برای افزایش تمایل به ترک نیاز داشته باشد. پیگیری شخصی که تمایل به ترک سیگار دارد حائز اهمیت است. در صورت عدم تمایل به ترک، در پیگیری بعدی او را تشویق کنید و در جهت ترک حمایت کنید.

### سیگاریهایی که بتازگی ترک کرده اند

در هر ویزیت از بیمار وضعیت ترک سیگار را جویا شوید و در پرونده ثبت نمایید.

### جدول ۱۲. احتمال مصرف مجدد سیگار را بسنجید

اقدام مؤثر	شیوه های توصیه شده
چه مدت است سیگار را ترک کرده اید؟	بیشترین احتمال مصرف مجدد سیگار در ۲ هفته اول پس از ترک است و سپس این احتمال کاهش می یابد. آنهایی که بتازگی ترک کرده اند نیاز به کمک دارند، ولیکن احتمال مصرف مجدد برای بسیاری مدت طولانی ای باقی می ماند. در خلاصه، از افراد بتازگی ترک کرده مدت ترک و مشکلاتشان را جویا شوید.
آیا گاهی تمایل به کشیدن سیگار دارید یا مشکلاتی در ادامه ترک دارید؟	هر فرد بتازگی ترک کرده یا با سابقه ترک در صورت مشکلات مواجهه، نیازمند یاری می باشد.

جدول ۱۳. سیگاریه‌های ترک کرده را تشویق به ادامه ترک نمایید

اقدام مؤثر	شیوه‌های توصیه شده
شخص ترک کرده نیاز به تبریک و تشویق به ادامه ترک دارد	<p>در صورتی که بیماری سیگار را ترک کرده است می‌توان از پرس و جو به شیوه بازتمایل به بیان مشکلی را تشویق نمود:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● مزایای شامل سلامتی حاصله از ترک سیگار</li><li>● موفقیت بیمار در ترک، ادامه ترک و کاهش علائم ترک و غیره</li><li>● مشکلات مواجهه در ادامه ترک (مانند افسردگی، افزایش وزن، مصرف الکل، سیگاریه‌های در منزل و عوامل استرس‌زای دیگر)</li><li>● تمکین و اثر دارودرمانی و غیره</li></ul>

**جدول ۱۴. مشکلات و چگونگی برخورد با آنها در فردی که بتازگی سیگار را ترک کرده است.**

مشکلات	راه حل ها
عدم حمایت در ترک سیگار	<ul style="list-style-type: none"> <li>● وقت قبلی برای پیگیری شخصی یا تلفنی بگذارید.</li> <li>● بیمار را تشویق به تماس با خط تلفنی ترک نمایید.</li> <li>● به بیمار یاری دهید تا از حمایت‌های موجود سود برد.</li> </ul>
خلق افسرده یا افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>● بیمار را به مرکز مناسب مشاوره و حمایت‌های سودمند ارجاع کنید.</li> <li>● در صورت نیاز بیمار را مشاوره کنید، دارودرمانی مناسب را شروع کنید یا به متخصص ارجاع دهید</li> </ul>
علائم ترک شدید یا طولانی مدت	<ul style="list-style-type: none"> <li>● در صورت علائم ترک شدید یا طولانی، داروی جدیدی اضافه کرده یا از ترکیب توصیه شده داروها استفاده کنید</li> </ul>
افزایش وزن	<ul style="list-style-type: none"> <li>● توصیه به شروع یا افزایش فعالیت فیزیکی نمائید.</li> <li>● به بیمار بگوئید که افزایش وزن می تواند با ترک صورت گیرد، ولی غالباً برطرف می‌شود.</li> <li>● مزایای سلامتی ترک در مقایسه با افزایش محدود وزن را توضیح دهید</li> <li>● تغذیه سالم و زندگی فعال را توصیه کنید.</li> <li>● استفاده از مواد کم کالری مانند آدامس بدون شکر، سبزیجات یا آبنبات نعنا را توصیه کنید.</li> <li>● از داروهایی استفاده کنید که افزایش وزن را به تعویق می اندازند (مانند بوپروپیون اس آر، داروهای نیکوتینی، خصوصاً ۴ میلی‌گرم آدامس نیکوتین و قرص مکیدنی)</li> <li>● به متخصص تغذیه ارجاع دهید.</li> </ul>
بازگشت به مصرف سیگار	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ادامه داروهایی که بازگشت به مصرف سیگار را کاهش می دهند.</li> <li>● تشویق به ترک مجدد یا ترک کامل</li> <li>● توضیح دهید که ترک سیگار ممکن است نیازمند چند تلاش بوده و بازگشت به مصرف را برای خود درسی قرار دهید.</li> <li>● مشاوره کامل کرده یا ارجاع نمایید.</li> </ul>

## از قبل برای پیگیری بیمار اقدام کنید

کلیه بیمارانی که بتازگی ترک کرده یا هنوز مشکلاتی دارند نیازمند پیگیری حمایت و یاری می‌باشند.

توصیه‌هایی جدید در زمینه درمان سوء مصرف و اعتیاد به دخانیات اقتباس از کتاب -  
"درمان سوء مصرف و اعتیاد به دخانیات: نوآموزی ۲۰۰۸"

اطلاعات جدید عمدتاً از متاآنالیز انتشارات جدید فراهم شده است.

### ۱. شیوه‌های درمانی روانی-اجتماعی

توصیه‌ها: انتشارات خاص و وب-سایت در ترک سیگار یاری می‌دهند و توصیه می‌شود در اختیار بیماران قرار داده شوند.

### ۲. ترکیبی از مشاوره و دارودرمانی

توصیه‌ها: ترکیبی از مشاوره و دارودرمانی در موفقیت ترک موثرتر از هر یک به تنهایی است و در صورت امکان هر دو با هم برای افراد متمایل به ترک توصیه می‌شوند.  
توصیه‌ها: ارتباط بین دفعات مشاوره ترک سیگار به همراه دارودرمانی در موفقیت ترک نشان داده شده است و برای بیماران متمایل به ترک توصیه می‌شود.

### ۳. سیگارهایی که تمایل به ترک ندارند

توصیه‌ها: شیوه‌های تشویقی برای ترک در بیماران غیر متمایل سودمند بوده و امکان ترک در آینده را افزایش می‌دهد و توصیه می‌شود این شیوه‌ها بکار روند.

### ۴. قرص مکیدنی نیکوتین

توصیه‌ها: قرص مکیدنی نیکوتین مؤثر است و برای بیماران توصیه می‌شود. به دستورالعمل دارویی و FDA برای تجویز مناسب وایمن در وب‌سایت ([www.fda.gov](http://www.fda.gov)) رجوع شود.

### ۵. وارنکلین

توصیه‌ها: وارنکلین درمانی مؤثر برای ترک سیگار است و برای بیماران توصیه می‌شود به دستورالعمل دارویی و FDA برای تجویز مناسب وایمن در وب‌سایت ([www.fda.gov](http://www.fda.gov)) رجوع شود.

### ۶. گروه های خاص

توصیه ها: توصیه های این راهنما در گروه های مختلف بیماران و مطالعات متفاوت سودمند بوده است و برای بیماران سیگاری توصیه می شود به غیر از موارد منع مصرف یا گروه هایی که سودی در بکارگیری آنها نشان داده نشده است (خانم های باردار، دخانیات بدون دود، سیگاری خفیف یا کمتر از ۱۰ نخ در روز و نوجوانان).

### ۷. سیگاریهای خفیف

توصیه ها: تشخیص این گروه از افراد مهم بوده و توصیه شدید به ترک سیگار در آنها و مشاوره درمانی می شود.

### نتیجه گیری

اعتیاد به مصرف دخانیات ناراحتی مزمن محسوب می شود. درمان های مؤثر در دست بوده و در اختیار کلیه افراد سیگاری و ترک کرده می باشد. این راهنمای کوتاه برای پزشکان شیوه هایی برای تشخیص و ارزیابی مصرف دخانیات فراهم کرده و راهنمای دارودرمانی برای (۱) سیگاریهای علاقه مند به ترک (۲) آنهایی که مایل به ترک نیستند و (۳) آنهایی که سابقاً سیگاری بوده اند می باشد. درمانی بهتر از ترک سیگار که بتواند سبب پیش گیری از بیماریهای مربوطه شود، از مرگ پیشگیری کند ، کیفیت زندگی را بهبود بخشد در دست نیست.

منابع:

**Guideline Availability**

- The Guideline is available in several formats suitable for health care practitioners, the scientific community, education, and consumers.
- The Clinical Practice Guideline- *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update* presents recommendations for health care providers with supporting information, tables, and figures.
- The *Quick Reference Guide : A Guide for Clinicians* is a distilled version of the clinical practice guideline, with summary points for ready reference daily.
- *Helping Smokers Quit: A Guide for Clinicians* is a pocket guide that presents a brief summary of the 5 A's, including a chart regarding medications.
- *Help for Smokers and Other Tobacco Users* is an informational booklet designed for tobacco users with limited formal education.
- The full text of the guideline documents, references, and the meta-analyses references for online retrieval are available by visiting the Surgeon General's Web Site: [www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm)
- Single copies of these guideline products and further information on the availability of other derivative products can be obtained by calling any of the following Public Health Service clearinghouses toll-free numbers:
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 800-358-9295
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 800-CDC-1311
- National Cancer Institute (NCI) 800-4-CANCER

## فصل سوم: تجاربی از درمان دارویی نیکوتین در ایران

در خلال ۱۰ سال گذشته به جهت راه‌اندازی اولین کلینیک ترک سیگار در کشور شرایطی بوجود آمد که مواجهه با این بیماران بیش از پیش صورت گیرد و در درمانگاه‌های مختلف و بیمارستان‌ها نیز افرادی خواهان راهنمایی و درمان ترک سیگار بودند مورد مشاوره قرار گرفتند. این شرایط به گونه‌ای بود که درمان ترک سیگار در ابتدایی‌ترین صورت خود قرار داشت و استفاده از روش‌های مختلف و نیز داروهای نیکوتینی و غیرنیکوتینی رایج نبود و اصولاً آموزش‌های کاملی نیز در دسترس قرار نداشت. بنابراین با حضور در دوره‌های آموزشی تئوری بین‌المللی و استفاده از بعضی منابع مرتبط، این موضوع شروع گردید و تقابل با افراد سیگاری باعث گردید آن دانسته‌ها به کار گرفته شود. این مهم باعث گردید تا آموزش‌هایی که در دوره‌های مختلف دیده شده بود بواسطه رو در رو قرار گرفتن با افراد سیگاری عملی گردد و از این موارد اطلاعات و تجربیاتی حاصل شد که شاید در هیچ دوره آموزشی قابل کسب شدن نبود. اکنون که به گذشته نگاه می‌کنم این موقعیت شاید برای کمتر پزشکی حاصل می‌گردد. مواردی که در ذیل می‌آید حاصل تجربیات در این دوره می‌باشد و امید است برای خواننده مشتاق مفید فایده قرار گیرد.

سیگار کشیدن بطور قوی با فعالیتهای خاص مرتبط است. برای مثال بعضی افراد زمانی سیگار می‌کشند که یک استراحت با یک لیوان چای یا قهوه یا نوشیدنی الکلی در بعدازظهر یا بعد از غذا دارند. سیگارها همچنین اغلب باور دارند که سیگار به آنها آرامش می‌دهد، آنها می‌گویند که سیگار کشیدن به افسردگی یا تسکین استرسهای آنها کمک می‌کند و حس کنترل به آنها می‌دهد یا اعتماد به نفس آنها را در برخورد با غریبه‌ها افزایش می‌دهد. برای بعضی، سیگار کشیدن زمانی را که بی‌حوصله هستند پر می‌کند یا به سادگی چیزی است که با دستانشان انجام می‌دهند.

### ۲ جنبه اساسی از وابستگی وجود دارد:

وابستگی بدنی یا شیمیایی وابسته به نیکوتین دخانیات است. نیکوتین، مانند سایر مواد مثل مورفین یا هروئین، اثرات خوشایندی دارد. اما مانند سایر داروهای اعتیادآور، زمانیکه نیکوتین بطور منظم و هر لحظه، در دسترس نباشد، فرد سیگاری دچار هوسهای ناخوشایند متفاوتی خواهد شد. شدت و تکرار هوس نیکوتین به این معنی است که اغلب کسانی که اخیراً ترک کرده‌اند بعد از چند روز به سیگار کشیدن برمی‌گردند.

بطور کلی، هر چه سیگار بیشتری در روز مصرف شود، وابستگی بیشتر است و اگر اولین سیگار همیشه طی نیم یا یک ساعت اول بعد از برخاستن از خواب روشن شود وابستگی شدید است. هرچه اندکس تست فاگشروم بیشتر می‌شود یک اندازه‌گیری دقیق‌تر از وابستگی را نشان می‌دهد.

اغلب افراد علائم محرومیت را بعد از ترک تجربه می‌کنند. این علائم از بی‌قراری، تحریک‌پذیری و اختلال تمرکز تا اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی متفاوت است. بعد از ترک همچنین ممکن است افزایش اشتها و اضافه وزن ایجاد شود (که می‌تواند ناخوشایند باشد).

تا همین اواخر، هیچ راهی برای سیگارپهای که ترک کرده بودند وجود نداشت تا نیکوتین را بدون سیگار کشیدن دریافت کنند. درمان‌های جایگزین نیکوتین (NRT) اکنون قادرند که این کار را کاملاً موفقیت‌آمیز انجام دهند که بطور مشخصی احتمال موفقیت درازمدت را افزایش می‌دهند.

اما شکستن وابستگی بدنی به نیکوتین می‌تواند تنها قسمتی از مشکل باشد. بعضی افراد می‌توانند برای هفته‌ها یا ماه‌ها یا حتی سالها ترک کنند و بعد دچار عود شوند. آنها می‌توانند بطور کامل با اثرات بدنی و سایر عوارض جانبی علائم محرومیت کنار بیایند اما نمی‌توانند با حمایت اجتماعی یا روانی که سیگار برای آنها فراهم می‌کند کنار بیایند.

– درصد کسانی که بعد از یک توصیه مختصر ترک می‌کنند ممکن است به طور ناامیدکننده‌ای پائین به نظر برسد- اغلب حدود ۵٪ - اما بسیاری بعد از تلاش‌های مکرر موفق می‌شوند.

– اما اگر پزشکان بسیاری این کار را برای سیگارپها انجام دهند تعداد افراد ترک کرده بالا خواهد رفت.

– اگر جایگزین‌های نیکوتینی در دسترس باشد تعداد موفقیت‌ها با استفاده از آنها ۲ یا ۳ برابر می‌شود.

نشان داده شده که NRT با کمک پزشک از سایر روش‌های ترک مؤثرتر است. بی‌فایده است که به سایر روشها با جزئیات بیشتر بپردازیم.

فرضیه در مورد اثر جایگزین‌های نیکوتینی ساده است. شخصی که سعی می‌کند سیگار را ترک کند بطور موقت نیکوتین دریافت می‌کند (تا ۸ هفته) منتها در یک شکل خالص و بدون ادوات دخانیات که این هوس همراه با ترک را کاهش می‌دهد. در طی این مدت آنها بتدریج عادت می‌کنند که مانند یک غیرسیگاری زندگی کنند.



- ۴ نوع NRT وجود دارد: آدامس، برچسب، اسپری بینی و استنشاق‌کننده. همه این روشها در همه کشورها وجود ندارد. آدامس و برچسب مدتهاست که در دسترس هستند و دستیابی به آنها آسانتر می‌باشد.
- آدامس با دوزهای ۲ و ۴ میلی‌گرمی در دسترس است. افراد می‌توانند در زمان نیاز آنها را بچوند (برای مثال در زمانی که یک سیگار روشن می‌کرده‌اند) یا در زمانهای مشخصی در روز آنها را استفاده کنند. آدامس یک سطح خونی متوسط نیکوتین در مقایسه با سطح خونی بالای سیگار ایجاد می‌کند.
  - برچسب نیکوتین را از طریق پوست به جریان خون می‌رساند. اغلب در بالای بازو یا ران یا کمر چسبانده می‌شود. یک مقدار کمتر ولی بطور مستمر نیکوتین را در تمام مدتی که چسبیده است آزاد می‌کند، می‌تواند در تمام ۲۴ ساعت روز یا در طی ساعات بیداری چسبانیده شود.
  - آدامس و برچسب می‌توانند با هم استفاده شوند. برچسب یک سطح نسبتاً ثابت از نیکوتین خون را ایجاد می‌کند. آدامس می‌تواند برای بالا بردن موقتی در زمان هوسهای خاص استفاده شود.
  - اسپری بینی و استنشاق‌کننده برای پاسخ به هوس بکار برده می‌شوند. آنها جدیدترند و هنوز در عمل بطور دقیق امتحان نشده‌اند.
  - استنشاق‌کننده نیکوتینی شبیه به سیگار است. از یک قسمت دهانی پلاستیکی و یک کارتریج ذخیره نیکوتینی که در انتهای آن قرار دارد ساخته شده است. علی‌رغم نام آن، نیکوتین آنها به ریه‌ها نمی‌رسد بلکه مانند آدامس از طریق بزاق دهان و گلو جذب می‌شود.
  - اسپری بینی نیکوتینی از یک جعبه محلول نیکوتین تشکیل شده است. زبانه آن در داخل سوراخ بینی قرار می‌گیرد. زمانیکه سر آن فشار داده می‌شود یک دوز از نیکوتین آزاد می‌شود.
- این سریعترین راه جذب نیکوتین است و بنابراین به بیماران با وابستگی بیشتر، کمک می‌کند. اگرچه، اسپری می‌تواند بینی را تحریک کرده و استفاده از آن مشکل باشد. افراد سیگاری که تاکنون هوسهای شدیدی را در طی دوره محرومیت با سایر محصولات امتحان کرده‌اند باید اسپری را امتحان کنند.

بعد از بررسی تحقیقات موجود، گروه وابستگان به دخانیات کوچران انگلیس نتیجه‌گیری کرد که:

- هر ۴ روش در کمک به ترک مؤثرند.
  - آنها درصد موفقیت را ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهند.
  - آنها بهترین استفاده را در افراد با انگیزه ترک و وابستگی بالا به نیکوتین دارند.
  - شواهد کمی درباره ارزش NRT برای افرادی که کمتر از ۱۵-۱۰ سیگار در روز می‌کشند وجود دارد.
  - برچسبها برای استفاده در گروههای عمومی که پزشکان زمان کمی برای هر بیمار دارند مناسب است. پزشک باید از روشهای دیگر با توجه به نیاز بیماران استفاده کند.
  - هشت هفته درمان با برچسب مؤثرتر از یک دوره طولانی است. قطع ناگهانی برچسبها به اندازه قطع تدریجی آنها مؤثر است.
  - استفاده از برچسب تنها در طی ساعات بیداری به اندازه استفاده ۲۴ ساعته از آنها مؤثر است.
  - آدامس می‌تواند هم در زمان نیاز بیمار و یا در دوزهای ثابت منظم استفاده شود. کسانی که با آدامسهای ۲ میلی‌گرمی دچار شکست شده‌اند باید از آدامس ۴ میلی‌گرمی استفاده کنند.
- نظرات کنونی این است که NRT از سیگار کشیدن بی‌خطرتر است. اگرچه بسیاری احساس می‌کنند که نباید در حاملگی استفاده شود. در بیماریهای قلبی پزشکان با نظر خود برای هر بیمار استفاده می‌کنند. از آنجائیکه ترک بعد از اولین حمله قلبی شانس حمله دوم را بسیار کمتر می‌کند، NRT برای حداقل بعضی بیماران باید سنجیده شود.
- در کشورهایی که سیگار ارزان است، NRT ممکن است گران به نظر برسد. پزشک باید تأکید کند که این یک هزینه موقتی است. در درازمدت، بیمارانی که ترک کرده‌اند پول خود را حفظ می‌کنند. حتی در کشورهای با درآمد پائین، ممکن است یک اقلیت تأثیرگذار مانند سیاستگذاران وجود داشته باشد که از هزینه NRT بر بیایند.
- در کشورهایی با قیمت بالای سیگار، هزینه استفاده از NRT ممکن است مشابه با قیمت متوسط سیگار کشیدن در همان زمان باشد. پزشکان می‌توانند از این مطلب برای تشویق

بیماران به خرید و استفاده از این درمان استفاده کنند. رقابت تجاری می‌تواند همچنین قیمت NRT را کاهش دهد.

تأثیر NRT به نظر نمی‌رسد که به میزان حمایت اضافی بستگی داشته باشد، اغلب مطالعات نتیجه گرفته‌اند که حداقل بعضی انواع توصیه‌های مختصر به سیگاریها مفید است. اینکه NRT به نسخه پزشک نیاز داشته باشد یا خیر از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. در بعضی کشورها برای مثال انگلیس، سیگاریها می‌توانند اغلب انواع NRT را مستقیماً از فروشگاهها بخرند.

### منابع:

- بررسی عوامل موثر بر ترک سیگار در افراد مراجعه‌کننده به نخستین کلینیک ترک سیگار کشور " دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر حسن آذری پور، دکتر مصطفی حسینی، دکتر غلامرضا حیدری مجله تنفس ۱۳۸۱ سال اول شماره چهارم؛ ۵۱-۶۱
- "بررسی تأثیر آموزش و توصیه‌های رفتار درمانی در ترک سیگار (گزارش نخستین کلینیک ترک سیگار در کشور)" دکتر غلامرضا حیدری، دکتر هومن شریفی، دکتر مصطفی حسینی، دکتر محمدرضا مسجدی؛ مجله تنفس ۱۳۸۲؛ ۲ (۶) ۳۱-۳۹
- "زمان مناسب برای شروع برنامه‌های درمانی ترک سیگار" دکتر غلامرضا حیدری، مجله پژوهنده ۱۳۸۸؛ ۴ (۲) ۵۳-۵۷
- "روشی آسان برای تشخیص وابستگی شدید به نیکوتین در افراد سیگاری" دکتر غلامرضا حیدری، دکتر مصطفی حسینی، دکتر علی رمضانخانی، دکتر هومن شریفی، دکتر محمدرضا مسجدی، مجله حکیم ۱۳۸۸؛ ۱۲ (۱) ۴۲-۴۸
- چگونگی سندرم محرومیت از نیکوتین در روز ۱۴ پس از ترک در مراجعین کلینیک ترک سیگار مجله تنفس ۱۳۸۸؛ ۹ (۱) ۲۴-۴۷
- پیش‌بینی نتیجه ترک سیگار بر اساس آزمون فاگشروم در افراد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک سیگار در طی سال‌های ۸۰ الی ۸۱" مجله پژوهنده ۱۳۸۵؛ ۱۱ (۶) ۳۶۳-۳۷۵