

راهنمای ترک سیگار شما می‌توانید

تألیف: دکتر غلامرضا حیدری
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

بِه نام خدا

راهنمای ترک سیگار

شما می توانید

تهیه کننده:

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

راهنمای ترک سیگار، شما می‌توانید

تهیه کننده: مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

زیرنظر: دکتر محمدرضا مسجدی

تألیف: دکتر غلامرضا حیدری

تایپ: سعیده طباطبایی زاده، علیرضا مظفریان

طراحی جلد و صفحه آرایی: دکتر قاسم دانشور

نوبت چاپ: چاپ اول - پاییز ۱۳۸۶

ناشر: مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

لیتوگرافی، صحافی و چاپ:

مدیر فنی و ناظر چاپ: مهدی زینلی

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۱۵۰۰ تومان

فهرست

صفحه	عنوان
۷.....	پیشگفتار.....
۹.....	مقدمه.....
۱۱.....	سیگار کشیدن و سلامتی.....
۱۷.....	نقش پزشکان عمومی در ترک سیگار.....
۲۵.....	راهنمای ۵A برای ترک سیگار در سطح پزشکان عمومی.....
۴۹.....	درمان دارویی.....
۶۳.....	انواع دیگر درمانهای ترک سیگار.....
۶۵.....	ترک سیگار و سایر داروهای مصرفی.....
۶۷.....	گروههای خاص.....
۷۹.....	ضمیمه ۱- خودآموز ترک سیگار.....
۱۱۵.....	ضمیمه ۲- مراکزی که می‌توانند شما را درباره دخانیات راهنمایی نمایند.....
۱۱۷.....	منابع.....

پیشگفتار

در طی سالهای فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار همواره با پزشکانی روبرو شدیم که روش‌های درمانی ترک سیگار برایشان جالب و ناشناخته بود. وقتی این اشتیاق آموزش را با سالهای تحصیل در دانشکده طب مقایسه می‌کنیم متوجه جای خالی آموزش روش‌های ترک سیگار در دروس دانشگاهی علوم پزشکی می‌شویم و چه مفید می‌بود اگر این مطالب که برای فعالیت پزشک عمومی بسیار سودمند است را در دوران تحصیل می‌آموختیم.

ایده نگارش این متن از زمانی آغاز شد که خانم دکتر ساناز امینی همکار خوب ما در واحد کنترل دخانیات مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی، ترجمه مطلبی درباره روش‌های ترک سیگار در استرالیا را آماده می‌نمود و با سفر ایشان به خارج از کشور این موضوع نیمه کاره ماند. لازم است که بدینوسیله از ایشان کمال قدردانی صورت گیرد. بعد از تکمیل مطلب فوق مقرر گردید تجارب بدست آمده در طی سالهای فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار به استخوان‌بندی متن فوق اضافه و کتاب برای مخاطب خاص یعنی پزشکان و عمدتاً پزشکان عمومی طراحی گردد. در انتهای کار مشاهده شد که می‌توان با تغییراتی کتاب را برای عموم افراد (سیگاری و غیرسیگاری) مورد استفاده قرار داده که این چنین شد. امید است متن پیش‌رو جهت ارتقاء سطح آگاهی پزشکان درباره روش‌های ترک سیگار مفید قرار گیرد. لازم است از زحمات کلیه عزیزانی که در این راه همکاری نمودند بویژه جناب آقای دکتر ماکان صدر که بازبینی نهایی متن را انجام داده‌اند، قدردانی گردد.

دکتر غلامرضا حیدری

رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

اهداف کتاب راهنما:

براساس گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۵ در هر سال حدود ۷۵ هزار فرد ایرانی بر اثر سیگار کشیدن جان خود را از دست می‌دهند. این کتابچه به منظور راهنمایی پزشکان عمومی و همکارانشان برای شناسایی مؤثرتر افراد سیگاری و کمک به ترک دادن آنها طراحی شده است. این کتاب راهنما بطور خلاصه از "5As" به عنوان کتاب راهنما جهت ارائه مداخلات بالینی و درمان مصرف سیگار و رفع وابستگی به سیگار که در آمریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد، استخراج شده است (فیوراتان ۲۰۰۰). "5As" راهنمای پیشرفته‌تر روش 4As (کتابچه آموزشی در انگلستان می‌باشد). روش 5As بعنوان راهنمای پایه‌ای خلاصه شده در نیوزیلند استفاده شده است (کمیته ملی سلامتی ۲۰۰۲). کالج سلطنتی استرالیا برای پزشکان عمومی کتابچه راهنمایی را چاپ کرد که خلاصه‌ای از راهنمایی‌هایی برای ترک سیگار بود (RACGP, 2002) این راهنمای ترک سیگار برای پزشکان عمومی ایران از بین تمامی این کتابهای ذکر شده، استخراج و آماده شده است.

این کتابچه همچنین با توجه به کارهای انجام شده در ایران برای کمک کردن به ترک سیگار و در نظر گرفتن خطرات بیماریهای وابسته به سیگار طراحی شده است. برنامه smoke screen اولین برنامه برای بکارگیری مرحله تغییر مدل (change model) در سطح پزشکان عمومی بود (پزشکان و دیلمنت ۱۹۸۳). این برنامه انگیزه‌های شخصی افراد سیگاری را برای ترک شناسایی می‌کند و براساس آمادگی ترک افراد، به آنها مشاوره ارائه می‌دهد. برنامه smoke screen برای استفاده پزشکان عمومی بطور گسترده‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرد (ریچموند اندرسون ۱۹۹۴، ریچموند ۱۹۹۶، ریچموند مندلسون ۱۹۹۸). از آنجایی که تجربیات بدست آمده در مدت بیش از ۸ سال فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار تهران بسیار مهم می‌باشد مطالب ارائه شده تلفیقی از منابع ذکر شده و نقطه نظرات همکاران این گروه می‌باشد. تلاش شده است تا با بکارگیری این تجربیات بتوان روش مناسب ترک سیگار ویژه افراد ایرانی را ارائه نمود.

همکاران پزشک می‌توانند با مطالعه این کتاب علاوه بر اطلاعات علمی به روز دنیا تجربیات گران‌قدر حاصل شده در کشور را نیز بیاموزند.

سیگار کشیدن و سلامتی

شیوع سیگار کشیدن:

- معاونت پژوهشی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰ میزان مصرف مواد را در افراد ۱۵ سال به بالا بررسی کرد که به نتایج زیر در مورد مصرف دخانیات رسید:
- ۱۲/۵٪ از افراد ایرانی ۱۵ ساله و بالاتر سیگاریهای روزانه هستند.
 - ۲۵٪ از مردان و ۲/۵٪ از زنان سیگاری روزانه هستند.
 - ۱۷/۱٪ از افراد ۱۵-۲۴ ساله سیگاری روزانه هستند که ۵/۱٪ از دختران و ۲۳/۹٪ از پسران در این رده سنی سیگاری روزانه می‌باشند.
 - حداکثر میزان سیگار کشیدن در گروه سنی ۳۰-۴۰ ساله است.
 - تعداد متوسط مصرف سیگار در هفته ۹۸ عدد است (۱۴ عدد در هر روز)

بررسی‌های مختلف در کشور جمهوری اسلامی ایران نشان داده است که به طور متوسط ۱۲/۵٪ مردم سیگار مصرف می‌کنند (۲۵٪ مردان و ۲/۵٪ زنان) همچنین مصرف سیگار در سنین ۱۵-۲۴ سالگی در ۱۰ سال اخیر از ۱۰/۷٪ به ۱۷/۱٪ افزایش یافته است (سیگار دریچه ورود به اعتیاد می‌باشد) و نیز ۲۸/۲٪ دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۸ ساله دبیرستانی شهر تهران به شکل گهگاهی سیگار مصرف می‌کنند (۳۰٪ پسران و ۲۵٪ دختران) و از این افراد ۴/۲٪ روزانه حداقل یک نخ سیگار می‌کشند.

اثرات بهداشتی سیگار کشیدن:

دود سیگار حاوی بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیایی مانند تار، منوکسید کربن، نیکوتین، سیانید هیدروژن، استون، آمونیاک، آرسنیک، فنل، نفتالین، کادمیوم و پلی وینیل کلراید می‌باشد. بسیاری از این مواد سمی هستند و حداقل ۴۳ مورد از آنها می‌توانند باعث ایجاد سرطان شوند. مثال این مواد نیتروزآمینها و بنزوپرینها می‌باشد. نیکوتین ماده شیمیایی مسبب ماهیت اعتیادآوری سیگار است اما مهمترین ماده مرتبط با بیماریزایی سیگار نمی‌باشد. سیگار کشیدن عامل خطر مسئول بزرگترین طیف بیماریها در استرالیا می‌باشد که علت از دست دادن سلامتی و مرگ زودرس در ۱۲٪ مردان و ۷٪ زنان می‌باشد. سیگار کشیدن علت مرگ حدود ۱۹ هزار استرالیایی در هر سال است. همچنین تخمین زده شده که مسئول ۸۰٪ از مرگهای وابسته به دارو می‌باشد. حدود ۱ نفر از هر ۲ فرد سیگاری روزانه بر اثر بیماریهای وابسته به

دخانیات می‌میرد. افرادی که می‌میرند بطور متوسط ۱۶ سال از زندگی خود را از دست می‌دهند. دخانیات علت شناخته شده حداقل ۲۵ بیماری مانند سرطان ریه و سایر سرطانها، بیماریهای قلبی-عروقی، سکته‌های قلبی و مغزی، آمفیزم و سایر بیماریهای مزمن ریوی است (شکل ۱). افرادی که سیگار می‌کشند درصد بالاتری از عفونت محل جراحی زخم، بدنبال عمل جراحی دارند. بسیار مهم است که اثرات بهداشتی سیگار کشیدن را برای شخص توضیح داده و درباره مطالب مرتبط با سیگار بحث شود. این خطر تنها برای شخصی که سیگار می‌کشد نمی‌باشد زیرا در معرض قرار گرفتن با دود سیگار در محیط، موجب بالا رفتن خطر بیماریهای قلبی و سرطان ریه در افراد غیرسیگاری می‌شود.

اثرات سیگار کشیدن مادر بر جنین در حال رشد و اثرات دود سیگار موجود در محیط بر کودکان یک عامل مشخص بیماری است. زنانی که در دوران بارداری سیگار می‌کشند احتمال بالایی برای سقط و مشکلات زمان حاملگی و زایمان را خواهند داشت. برای مثال خطر تولد یک نوزاد با وزن کم، به دو برابر افزایش می‌یابد. مرکز تحقیقات پزشکی و بهداشتی ملی (۱۹۹۷) تخمین می‌زند که در استرالیا یک چهارم از موارد وزن کم نوزادان در هنگام تولد (LBW) مرتبط با سیگار کشیدن مادران در طی حاملگی می‌باشد. کودکانی که در دوران زندگی داخل رحمی با دود سیگار مادران در تماس می‌باشند، همانند نوزادان در تماس با دود سیگار محیطی بعد از تولد، ریسک بالاتری برای سندرم مرگ ناگهانی نوزادی (SIDS) دارند. کودکان والدین سیگاری همچنین خطر بالاتری از عفونتهای تنفسی و گوش میانی، آسم و عفونتهای مننژیتی دارند.

سیگار کشیدن در طی حاملگی خطرات زیر را افزایش می‌دهد:

- سقط
- تولد زودرس
- نوزاد با وزن پایین زمان تولد LBW

دود سیگار موجود محیط در کودکان خطرات زیر را افزایش می‌دهد:

- عفونتهای تنفسی مانند برونشیت
- عفونتهای گوش میانی

شکل ۱ - اثرات بهداشتی سیگار کشیدن (از برنامه شناسایی سیگار)

خونریزی و سکته مغزی

چین و چروک پوست (پیری زودرس)

آب مروارید و کاهش بینایی

بیماری لثه و دندان، بوی بد دهان

سرطان حنجره

بیماری پوستی، پسوریازیس

سکته قلبی و مرگ ناگهانی

سرطان ریه و برونشیت

زخم‌های معده و روده

- عفونتهای مننژوکوکومی
- حملات آسم
- سندرم مرگ ناگهانی نوزادان SIDS
- سیگار کشیدن در بالغین خطرات زیر را افزایش می‌دهد:
- سرطان ریه
- بیماریهای قلبی - عروقی

سیگار کشیدن در بالغین خطرات زیر را افزایش می‌دهد:

- سرطان ریه
- بیماریهای قلبی - عروقی

فواید بهداشتی ترک سیگار:

تقریباً تمامی افراد سیگاری می‌دانند که سیگار کشیدن به سلامتی آنها صدمه می‌زند اما ممکن است اطلاعات محدودی درباره از بین رفتن این علائم بعد از ترک داشته باشد. آنها اطلاع ندارند که بیشتر این اثرات مضر بهداشتی ناشی از مصرف سیگار، بعد از ترک کاهش می‌یابد. به عنوان مثال:

بعد از ۱۲ ساعت:

تقریباً همه نیکوتین متابولیزه می‌شود.

بعد از ۲۴ ساعت:

سطح خونی منوکسیدکربن بطور مشخص افت می‌کند.

بعد از ۵ روز:

- اثر نیکوتین از بین می‌رود.

- حس بویایی و چشایی بهتر می‌شود.

بعد از ۶ هفته:

- خطر عفونت زخم بعد از جراحی بطور چشمگیری کاهش می‌یابد.

بعد از ۳ ماه:

- مزکهای دستگاه تنفسی فوقانی شروع به ترمیم می‌کنند و عملکرد ریه‌ها بهبود می‌یابد.

بعد از ۱ سال:

- خطر بیماریهای عروقی - قلبی در مقایسه با سیگاریهایی که به سیگار کشیدن خود ادامه می‌دهند، بعد از یک سال نصف می‌شود.

بعد از ۱۰ سال:

- خطر سرطان ریه به کمتر از نصف افرادی که سیگار کشیدن را ادامه می‌دهند کاهش می‌یابد.

بعد از ۱۵ سال:

- خطر بیماریهای عروق کرونری مشابه غیرسیگاریها می‌گردد.
- ۱۰ تا ۱۵ سال بعد از ترک همه علل مرگ در شخص به اندازه افرادی می‌شود که تاکنون هرگز سیگار نکشیده‌اند.

سایر فوائد ترک سیگار عبارتند از:

- خطر داشتن یک کودک با وزن کم زمان تولد در زنانی که قبل از حاملگی یا در ماههای اول حاملگی ترک می‌کنند همانند زنانی است که هرگز سیگار نکشیده‌اند.
- توقف سیگار کشیدن در بیماریهای مزمن راههای هوایی، کاهش ظرفیت ریوی را آهسته می‌کند.
- بهبود ظاهر پوست و تناسب اندام
- پس‌انداز و صرفه‌جویی در هزینه‌ها: بر پایه هر پاکت سیگار ۵۰۰ تومان در روز، در یک سال مبلغ ۱۸۲،۵۰۰ تومان و در ۵ سال مبلغ ۹۱۲،۵۰۰ تومان صرفه‌جویی در پول می‌شود.

نقش پزشکان عمومی در ترک سیگار

شواهد کارآمد بودن مشاوره پزشکان عمومی:

- ۱- ایجاد فرصت: ۸۰٪ افراد حداقل یک‌بار در سال پزشک عمومی خود را ملاقات می‌کنند و اغلب افراد سیگاری سالی چند ملاقات با پزشک خود دارند (مولینز و همکاران ۱۹۹۹).
- ۲- قابل اعتماد بودن و قابل قبول بودن: بیماران به پزشک عمومی خود به چشم یک شخص حمایت‌کننده و دارای نقش کلیدی برای ترک سیگار نگاه می‌کنند (ریچموند و همکاران ۱۹۹۹-۱۹۹۳).
- ۳- سهولت دسترسی: مشاوره‌ها می‌توانند کمتر از یک دقیقه وقت بگیرند (فیوره و همکاران ۲۰۰۰).
- ۴- تأثیرگذاری: یک نصیحت مختصر، غیر تکراری و بدون قضاوت می‌تواند تأثیر داشته باشد (سیلاچی و همکاران ۲۰۰۳).
- ۵- کارآمد بودن: ترک سیگار هم ممکن (انجام دادنی) و هم ارزشمند است (RAC GR-۱۹۹۸).

شواهدی وجود دارد که نصیحت از سوی یک کارشناس بهداشتی برای ترک سیگار مؤثر می‌باشد. بررسی کوچران (۲۰۰۳ Silagy و همکاران) شواهد ۳۴ مورد مطالعه را که روی حدود ۲۷۰۰۰ فرد سیگاری بوده است آزمایش کرده است. مهمترین کار در مشاوره انجام مراقبت‌های اولیه است. مقایسه آمار استخراج شده از ۱۶ آزمایش که مشاوره مختصر داشته‌اند، با کسانی که مشاوره (مراقبت معمولی) نداشته‌اند، بازگوکننده این نکته است که این مشاوره‌ها باعث پیشرفت در روند ترک سیگار ظرف ۶ ماه، شده است (OR:1.69, 95%CI:1.98-1.45) این مقایسه نشان دهنده تفاوت واضحی در میزان ترک در حدود ۲/۵٪ یا یک ترک اضافه‌تر در ازای هر ۴۰ بیمار است که یک مشاوره مختصر داشته‌اند. در بحث اپیدمیولوژی این به معنای تعداد معالجات مورد نیاز است و نشانگر تعداد بیمارانی است که لازم است در آن‌ها مداخله (intervention) ایجاد شود تا به نتایج دلخواه در هر بیمار برسد. تأثیر عمده مشاوره از سوی یک متخصص بهداشتی انگیزه‌دار کردن تلاش برای ترک کردن است (۵-۳ بار بیشتر). مهم این است که بخاطر داشته باشیم تلفیق مشاوره مختصر و بقیه مداخله‌گرهای تأثیرگذار مانند درمان دارویی می‌تواند در این زمینه مؤثر واقع شود.

امکان بوجود آمدن منافع بهداشتی به دنبال برنامه‌های ترک سیگار نیز وجود دارد که با سایر

برنامه‌ها مقایسه می‌گردد (ward, young 1999). تخمین زده می‌شود که سناریوهای در دست برای ترک سیگار ممکن است باعث حفظ سالهای زیادی از عمر که در اثر امراض سرطانی از دست می‌رود، گردد. این کار حتی بیش از برنامه‌های ملی معاینه و ماموگرافی جهت غربالگری سرطان پستان و یا وجود خون مخفی در مدفوع زنان و مردان بالای ۵۰ سال برای شناسایی سرطان روده و رکتوم، نتیجه خواهد داد. مشاوره ترک سیگار همچنین یک مداخله مقرون به صرفه است. در کتابچه راهنمای انگلستان (Raw ۱۹۹۸) فایده مداخلات ترک سیگار به ازای هر سال زندگی بین ۵۰۰ دلار تا ۲۰۰۰ دلار در هر سال تخمین زده شده است. مقایسه بر روی بیش از ۳۱۰ مداخله پزشکی نشان داده است که این رقم بطور متوسط در جامعه معادل ۴۰,۰۰۰ دلار به ازای هر سال می‌باشد (تانگز و دیگران ۱۹۹۵).

در مطالعه cochrane (سیلاجی و همکاران ۲۰۰۳) هر مشاوره، حداقل به صورت یک مشاوره ترک سیگار که ۲۰ دقیقه طول بکشد و همراه با ۱ جلسه پیگیری باشد، تعریف می‌شود. در مقایسه مستقیم مشاوره طولانی و مشاوره حداقل در ۱۳ مطالعه، مزایای مشاوره طولانی بطور واضحی کمی بیشتر بوده است (OR: ۱/۴۴, CI: ۱/۲۳-۱/۶۸). در بررسی متاآنالیز کتابچه راهنما دانشگاه‌های علوم پزشکی آمریکا (فیوره و دیگران ۲۰۰۰) آمده است که مشاوره دوره‌ای و کوتاه‌مدت (تا ۳ دقیقه) باعث ۱۳/۴٪ ترک در ۶ ماه می‌شود. (۲/۵٪ بیش از گروه کنترل) میزان ترک در مشاوره متوسط (۱۰-۳ دقیقه) ۱۶٪ (۵٪ بیش از گروه کنترل) و در مشاوره طولانی (بیش از ۱۰ دقیقه) ۲۲/۱٪ می‌باشد (۱۱٪ بیش از گروه کنترل).

برنامه غربالگری ثابت می‌کند که چگونه پزشکان عمومی می‌توانند مشاوره‌های مؤثری را ارائه نمایند. در اولین تحقیق غربالگری سیگار که در آن ۳ پزشک عمومی علاقمند شرکت داشتند، میزان ترک در گروه مورد مداخله ۳۶٪ و در گروه کنترل ۰/۸٪ بود (با ۳ سال پی‌گیری پس از ترک، ریچموند و دیگران ۱۹۸۶). در حالیکه در مطالعه دیگری که با استفاده از آدامس‌های نیکوتینی صورت گرفت، میزان ترک در طول یکسال غربالگری سیگار ۱۹٪ و در مشاوره مختصر ترک سیگار، ۱۲٪ بود (ریچموند و دیگران ۱۹۹۳). در مقابل این نتایج در افرادی که بدون هیچگونه کمک، تلاش به ترک سیگار می‌کنند، از درصدهای پایین‌تری از موفقیت برخوردار می‌باشند. در ایالات متحده آمریکا دوره سیگار نکشیدن برای افرادی که بدون هیچگونه کمکی تلاش به ترک کرده‌اند حدود ۷٪ تخمین زده می‌شود. (فیوره و دیگران ۲۰۰۰)

مشاهده

مشاوره‌های ترک سیگار از سوی متخصصین بهداشتی در بالا بردن نرخ ترک مؤثر است. مهمترین تلاش، کمک به انگیزه‌دار کردن افراد در انجام ترک است. تمامی متخصصین بهداشتی می‌توانند در مشاوره ترک سیگار بطور تأثیرگذار نقش داشته باشند.

توصیه

به تمامی افراد سیگاری باید برای ترک سیگار یک نصیحت مختصر داده شود.

ترک سیگار را قسمتی از ویزیت خود قرار دهید:

زمان برای پزشکان عمومی بسیار محدود است. بنابراین کارها باید سازمان‌دهی شود تا از این منبع گرانبها بیشترین استفاده انجام شود. در مشاوره‌های پزشکان عمومی نیاز است تا شکایات بیمار شناسایی شود، شاید پزشکان عمومی فقط ۳۰ تا ۶۰ ثانیه وقت داشته باشند تا بتوانند راجع به پیشگیری صحبت کنند. همچنین وجود دستیار مورد نیاز است تا وقت پزشک عمومی خیلی گرفته نشود. که این امر نیاز به داشتن آگاهی از عوامل خطر ساز مهم مانند سیگار کشیدن است. بیماران حدوداً باید بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه وقت صرف کنند تا بتوانند پزشک عمومی خود را ملاقات کنند. می‌توان در همین زمان اطلاعات بهداشتی را از طریق تابلو اعلانات که بخوبی طراحی شده یا از طریق وسایل خودآموز به بیمار منتقل کرد. می‌توان از پرسشنامه استفاده نمود و اطلاعاتی در مورد عوامل خطر ساز مثل سیگار کشیدن را جمع‌آوری نمود. یک سیستم، نیاز به سازمان‌دهی عملی برای ارائه دستورات و همچنین موارد منع شده و پیشگیری دارد. بنابراین این اطلاعات می‌تواند در اتاق انتظار یا مشاوره به بیماران منتقل گردد. تیم پزشکی می‌تواند نقش هماهنگ‌کننده را ایفا کند. یک عضو تیم پزشکی می‌تواند هماهنگ‌کننده باشد و بیمار را از فعالیت‌های مضر، باز دارد. نقش و مسئولیت بقیه افراد در سایر مسائل همانند مسائل آموزشی، باید شناسایی شود. بحث بیشتر در این مورد می‌تواند در جهت ایجاد ممانعت عملی و عملی کردن این پیشگیریها انجام شود.

مهمترین برنامه‌های عملی برای انجام فعالیت‌های حمایت‌کننده، بازدارنده، تقسیم‌بندی در سطوح سیستم بهداشتی پرداختن به مسائل اصلی همانند سیگار کشیدن، تغذیه، الکل و

فعالیت بدنی است. نقش سیستم‌ها در عمل شامل نقش کارکنان و مهارت‌های آنان است و همچنین سیستم‌ها را چه بصورت نوشتار دستی و چه کامپیوتری ثبت می‌کند.

ایجاد یک سیاست عملی برای شناسایی وضعیت سیگارکشیدن تمامی بیماران می‌تواند انگیزه ترک کردن را تسریع کند و میزان ترک را بالا ببرد. (میزان ترک ۶/۴٪-۹۵٪، CI: ۱/۳-۱۱/۶) با اشاره به اهمیت خطرات سیگارکشیدن به بیماران می‌توان بیماران را تشویق کرد تا بدن‌بال کمک گرفتن از پزشکان عمومی باشند. (افیوره و همکاران ۲۰۰۰) با ایجاد نرم‌افزار پزشک عمومی می‌توان سیستم‌ها را شناسایی و از فعالیت‌های بازدارنده حمایت کرد. می‌توان به آن‌ها خطرات سیگارکشیدن، اضافه یا کاهش وزن داشتن، زیاده‌روی در مصرف الکل و فعالیت‌های فیزیکی ناکافی را گوشزد کرد و از سیستم‌ها برای درمان آن‌ها کمک گرفت. همچنین می‌شود از آنها بعنوان ابزاری برای یادآوری کمک گرفت.

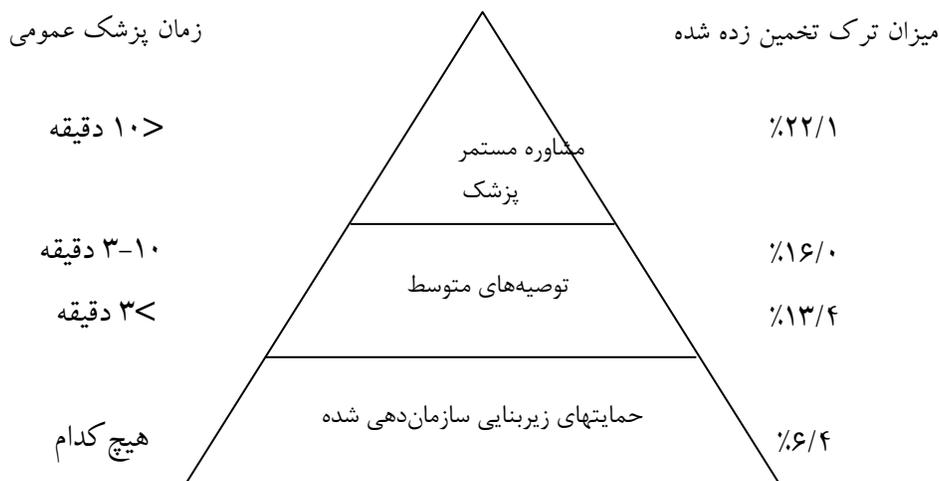
پزشک عمومی نیاز دارد که افراد سیگاری را شناسایی کند و سطحی را که باید به او کمک شود، تعیین کند. باید مشخص کند که سایر اعضاء تیم پزشکی چه وظایفی را بر عهده دارند و چه خدمات حمایتی دیگری مانند خطوط تلفنی ترک یا دیگر مؤسسات مشابه را می‌توان در جامعه گسترش داد. بعنوان بخشی از این مرحله، پزشک عمومی نیاز به در نظر گرفتن انگیزه بیماران برای ترک دارد. انگیزه شخصی پزشک عمومی و مهارت‌هایش برای راهنمایی و در دسترس بودن سایر راهنمایی‌ها، چه با تمرین و چه بدون تمرین باید در نظر گرفته شود.

■ حداقل تمامی افراد سیگاری باید یک نصیحت کوچک، اطلاعات (مثل جزوات آموزشی ترک) و امکان مراجعه به یک مرکز حمایتی (مثل مشاوره تلفنی Quit line) را در اختیار داشته باشند. بیشتر دقت پزشکان عمومی و تلاش آنها صرف بیمارانی می‌شود که هم انگیزه ترک دارند و هم مایل به دریافت راهنمایی از پزشکان عمومی هستند. این مسأله می‌تواند شامل بخش کوچکی از سیگاری‌هایی باشد که برای اولین بار بطور عملی اقدام به ترک می‌کنند. این هرم واقعیت می‌تواند شما را در بحث خود کمک کند. هرم به موضوعات مختلفی اشاره می‌کند.

■ زیربنای حمایتی سازمان‌دهی شده، پایه‌ای است که پزشکان عمومی طبق آن مشاوره می‌کنند.
 ■ فراهم کردن زیربنای سازمان‌دهی شده حمایتی به تنهایی مانند موارد ترک در اتاق انتظار و بطور معمول شناسایی عملی افراد سیگاری، یک تفاوت واضح را ایجاد می‌کند.

■ مشاوره مختصر تأثیر را بالا می‌برد و هر چه وقت بیشتری صرف شود، نتیجه بهتری حاصل می‌گردد.

شکل ۲- هر چه واقعیت (از راهنمای پزشک عمومی در برنامه ترک سیگار GASP استرالیا)



استفاده مناسب از درمان دارویی و ارائه حمایت‌های شدید از طریق خدمات ویژه به بیماران مانند خطوط تلفنی ترک، قابلیت چند برابر کردن درصدهای موفقیت را در پی خواهد داشت. (۳ برابر).

همچنین پزشک عمومی نیازمند شناسایی افراد سیگاری و نیازهای پیچیده ایشان که خواستار کمک‌های مختلف هستند، می‌باشد. مانند:

- بیماران با مشکلات روحی مانند افسردگی و شیذوفرنی
- زنان حامله
- افراد با بیماری‌های مربوط به سیگار مثل COPD

ارتباط با سایر فعالیت‌های پیشگیرانه:

سیگارکشیدن همچنین می‌تواند با عوامل خطرزای دیگری نیز همراه شود بویژه در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، فشار خون و چربی خون بالا. راهنمای جمعیت در مورد

اعمال اقدامات پیشگیرانه توسط پزشکان عمومی، اطلاعاتی بر اساس مشاهدات و توصیه‌هایی برای جلوگیری از بیماری‌ها دارد. سیگار، الکل، تغذیه و نوع فعالیت بدنی، زمینه‌ساز و فاکتور خطر عمده بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت تیپ ۲ هستند. یک برنامه منظم مراقبتی چندکاره مانند تقویت مراقبت‌های اولیه که بر پیشگیری تأکید دارد، می‌تواند وسیله‌ای برای هماهنگی کمکها بر روی چنین بیماران پیچیده‌ای باشد. بیمارانی که هم سیگار می‌کشند و هم مشکلات پیچیده پزشکی دارند مانند بیماری‌های مغزی (روحي-رواني) یا سایر مشکلات، درمان اعتیادهای دارویی و بیماری‌های عروقی و دیابت آن‌ها نیازمند به برنامه‌ریزی چند دستوری می‌باشد. مشاورین تلفنی خطوط ترک و داروسازان سطح جامعه می‌توانند بخشی از این تیم چندمنظوره باشند. بطوریکه مشاوران خطوط تلفنی ترک می‌توانند بازتاب عملکرد پزشکان عمومی باشند و در جایی که احتیاج به دارو درمانی است داروسازان نقش توزیع‌کننده را ایفا کنند، به عنوان مثال، حمایت از مشاوره پزشکان عمومی و فراهم کردن زمینه پیشرفت.

مراجع:

خطوط تلفنی ترک در هر شهر یک مشاوره تلفنی را ارائه می‌دهد. هزینه این تماس مانند یک تماس محلی از هر نقطه یا شهر دورافتاده حساب می‌شود. در این سرویس، مشاورین آشنا به زبان‌های مختلف برای پاسخگویی وجود دارند. این بدان معناست که فرد سیگاری موافقت می‌کند که در طول مدت ترک خود با یک مشاور فعال تلفنی در ارتباط باشد و همچنین موافقت می‌کند که در مدت ترک به او تلفن زده شود و تلفن تنها از جانب فرد سیگاری نباشد. مشاورین تلفنی فعال بیش از مشاورین واکنش‌پذیر reactive موفق هستند. (بورلند و همکاران ۲۰۰۱)

یک سرویس ویژه تلفنی برای افراد حامله در ویکتوریا وجود دارد. موارد راهنمای سیگار شامل مشاوره با پزشکان عمومی از طریق خطوط تلفنی ترک برقرار می‌گردد تا بیماران به استفاده از خدمات خطوط تلفنی ترک و ایجاد اطلاعات مفید راجع به بیماران و اینکه چه حمایت‌هایی از سوی پزشکان عمومی در حال انجام است، تشویق شوند. برای دریافت این خدمات سرویس خطوط تلفنی ترک منطقه یا استان با بیمار تماس می‌گیرد و از او می‌پرسد که چه نوع خدماتی را مایل است که دریافت کند.

دسترسی به این حمایت‌ها گاهی بصورت کمک به تأمین بعضی از انواع درمان‌های دارویی

امکان‌پذیر است. سرویس‌های حمایتی از سوی تولیدکنندگان دارو متفاوت هستند ولی می‌توانند از طریق نامه یا از طریق مشاوره تلفنی یا مدل‌های دیگر مثل سیستم **message** (پیغام از طریق تلفن) ارائه گردند. برنامه انجمن حمایت از ترک سیگار از ناحیه‌ای به ناحیه دیگر تفاوت دارد. سرویس خطوط تلفنی ترک می‌تواند اطلاعاتی را در مورد دوره ترک و سازمان‌های محلی که حمایت‌های فردی یا مشاوره‌ای را فراهم می‌کنند ارائه دهد. همچنین ممکن است مرکز بهداشتی محلی شما قادر به جمع‌آوری و ارائه اطلاعاتی در مورد دوره‌های ترک سیگار یا گروه‌های حمایت‌کننده باشد.



راهنمای ۵A برای ترک سیگار در سطح پزشکان عمومی



راهنمای ۵A چهارچوبی بر پایه شواهد برای ایجاد برنامه‌های ترک سیگار در سطح مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. ۵A که در زیر توضیح داده شده است برگرفته از ۵A برای توصیه‌های مختصر در راهنمای آمریکایی درمان مصرف دخانیات و وابستگی بالینی آن، می‌باشد. (فیوره و همکاران ۲۰۰۰). مراحل 5As برای آموزش ترک سیگار در پزشکان عمومی استرالیا شامل: (Ask) سؤال، (Assess) ارزشیابی، (Advice) توصیه، (Assist) کمک و (Arrange) برنامه‌ریزی پی‌گیری است. طرح مداخله برای هر گروه از افراد سیگاری بر اساس برنامه غربالگری سیگار است (ریچموند و همکاران ۱۹۸۶-۱۹۹۱-۱۹۹۶)

سؤال (Ask)

برای شناسایی افراد سیگاری، سؤال کردن اولین قدم می‌باشد. متأسفانه شواهدی وجود دارد که متخصصین امور بهداشتی، از جمله پزشکان و پرستاران همیشه بیماران را شناسایی نمی‌کنند و به آن‌ها برای ترک، مشاوره نمی‌دهند. پزشکان استرالیایی دو سوم از بیماران سیگاری خود را شناسایی کرده‌اند. اما تنها نیمی از آنها برای ترک، مشاوره شده‌اند. (یانک و وارد ۲۰۰۱ و یگر و سنسون - فیشر ۱۹۹۷)

اگر وضعیت سیگارکشیدن نامشخص باشد باید از تمامی بیماران در این مورد سؤال گردد و پرونده وضعیت سیگارکشیدن برای افراد بالای ۱۶ سال تهیه شود. مشخص شده است که تشکیل سیستمی برای شناسایی وضعیت سیگارکشیدن در پیشبرد تلاشها برای ترک کردن و بالا بردن نرخ ترک سیگار مؤثر است. (فیوره و همکاران ۲۰۰۰) باید در هر فرصت ممکن وضعیت سیگارکشیدن در افراد بالای ۱۰ سال مشخص شود. برای مثال فرصت مناسب پرسش در مورد وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۰ تا ۱۶ ساله زمانی است که فرد با مشکلاتی نظیر علائم ریوی مثل آسم و یا واکنش‌های مننکوکوک مراجعه نموده که در این شرایط می‌توان راجع به موارد استفاده از دارو در این موارد صحبت کرد.

پرسش: آیا سیگار می‌کشید؟ آیا تا بحال سیگار کشیده‌اید؟

اولین باری که یک فرد سیگاری توسط پزشک عمومی یا پرستار شناسایی می‌شود، می‌تواند تاریخ سیگارکشیدن خود را به صورت زیر شرح دهد:

■ تعداد سیگارهایی که در روز یا هفته می‌کشد؟ سالی که شروع به سیگارکشیدن کرده است؟

■ دفعه قبلی که اقدام به سیگار کشیدن کرده است و اینکه چه اتفاقی افتاده است؟

■ وجود بیماری‌های مربوط به سیگار

وضعیت سیگار کشیدن باید بصورت فرد سیگاری، مصرف قبلی سیگار یا فردی که اصلاً سیگار نکشیده است، ثبت شود. برای افراد سیگاری، تغییرات باید بصورت روزانه، هفتگی یا نامنظم طبقه‌بندی شود. میزان (تعداد مصرف سیگار در روز) و سال شروع به سیگار کشیدن نیز باید ثبت شود. برای افرادی که سابقاً سیگار می‌کشیدند و ترک کرده‌اند، روز ترک باید ثبت شود. از یک سیستم الکترونیکی یا سیستم کاغذی می‌توان برای رسیدن به شناسایی سیستماتیک کمک گرفت و به افراد سیگاری کمک شایانی کرد. هم در برنامه غربالگری سیگار (screen) و هم در برنامه GAPS برای شناسایی افراد سیگاری و ثبت در کاغذ از برچسب استفاده می‌شود.

شواهد

ایجاد یک سیستم برای شناسایی و ثبت میزان مصرف دخانیات معمولاً میزان مداخله پزشک را دو برابر کرده و میزان ترک سیگار را بالا می‌برد.

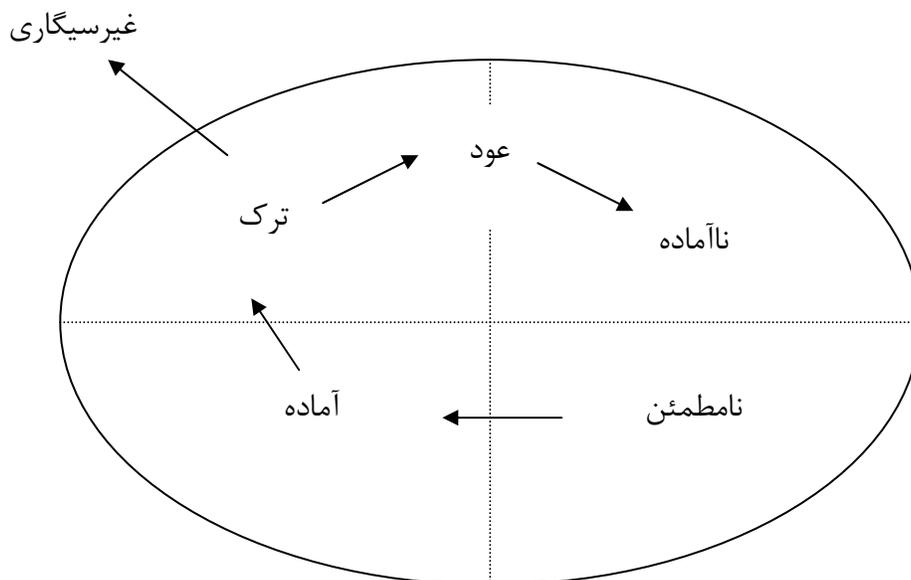
توصیه

باید از یک سیستم برای شناسایی تمام افراد سیگاری و مستند کردن مصرف سیگار در هر ویزیت استفاده شود.

ارزشیابی (Assess)

برآورد آمادگی شخصی برای تغییر، به صورت ارزشیابی تعریف می‌گردد. مرحله آمادگی شخصی برای تغییر مدل، یک مرحله گرانبها برای ارزشیابی آمادگی شخص برای تغییر و شناسایی اخلاق اوست. روانشناسان آمریکایی (پروشاسکا و مکنمیت ۱۹۸۳) ابتدا این مدل را توسعه می‌دهند و بعد آن را در ترک سیگار بکار می‌گیرند. ترک کردن بصورت یک مرحله توصیف می‌شود، تا یک رویداد جداگانه و منفصل. افراد سیگاری قبل از دستیابی به موفقیت طولانی‌مدت، بطور متوسط ۳ الی ۴ بار مراحل سیکل ترک شامل مراحل آمادگی، ترک و عود را پشت سر می‌گذارند. زمانیکه فرد سیگاری توسط پرسنل کلینیک ویزیت می‌شود ممکن است در مراحل مختلف آمادگی باشد. بنابراین آمادگی باید بطور مداوم ارزیابی شود.

شکل ۳- مراحل آمادگی برای ترک سیگار (از برنامه smoke screen)



بر اساس مطالعاتی که در استرالیا به روی پزشکان عمومی انجام شد، سهم افراد سیگاری در هر مرحله تغییر به صورت ۳۷٪ ناآماده، ۴۲٪ مردد و ۲۱٪ آماده بوده است. (زوار و همکاران ۲۰۰۱). این ارقام مشابه مطالعات وسیعی است که در ایالات متحده آمریکا با در نظر گرفتن ۱۸۵۰۰ فرد سیگاری صورت گرفت و مشخص شد که ۴۰ درصد این افراد ناآماده، ۴۰٪ از آنها مردد و ۳۰٪ از آنها جزو گروه آماده بودند (ویلر و همکاران ۱۹۹۵). میزان این درصدها برای خانمها و آقایان یکسان بود اما این آمار در سطوح مختلف تحصیلات فرق می‌کند. افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر ناآماده‌تر و مرددتر هستند (تفاوت میزان آگاهی در گروههای مختلف آزمایش شده در برنامه smoke screen به شرح زیر توصیف شده است (ریچموند و همکاران ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۷).

ناآماده (پیش انتظار)

این افراد به طور جدی به ترک کردن ظرف ۶ ماه آینده فکر نمی‌کنند. آنها معمولاً جنبه مثبت

سیگار کشیدن را می‌بینند و علاقه به دانستن جنبه‌های منفی و عوارض آن ندارند و یا بخاطر شکست در تلاش‌های ترک قبلی مأیوس شده‌اند. نکات مثبت سیگار کشیدن برای آنان بیش از نکات منفی آن است و بنابراین نیازی به تغییر کردن در حال حاضر نیست.

مردد

این افراد سیگاری بطور جدی به ترک سیگار ظرف ۶ ماه آینده فکر می‌کنند. آنها در مورد سیگار کشیدن متزلزل یا نامطمئن هستند و در مورد تغییر در عادت سیگار کشیدن خود فکر می‌کنند. این گروه برای مداخلات مختصر مناسبند.

آماده

این گروه برنامه‌ریزی دارند تا ظرف ۳۰ روز آینده ترک کنند. معمولاً ظرف سال گذشته بین ۲ تا ۴ بار اقدام به ترک کردن نموده‌اند. این گروه نیز انگیزه دارند که سریع ترک کنند و بیشتر آنها در آینده نزدیک واقعاً اقدام به ترک می‌کنند. این پنجره‌ای برای موفقیت است که ممکن است برای تنها یک دوره کوتاه باز شود. این گروه اکثراً برای ترک کردن، تقاضای کمک می‌کنند.

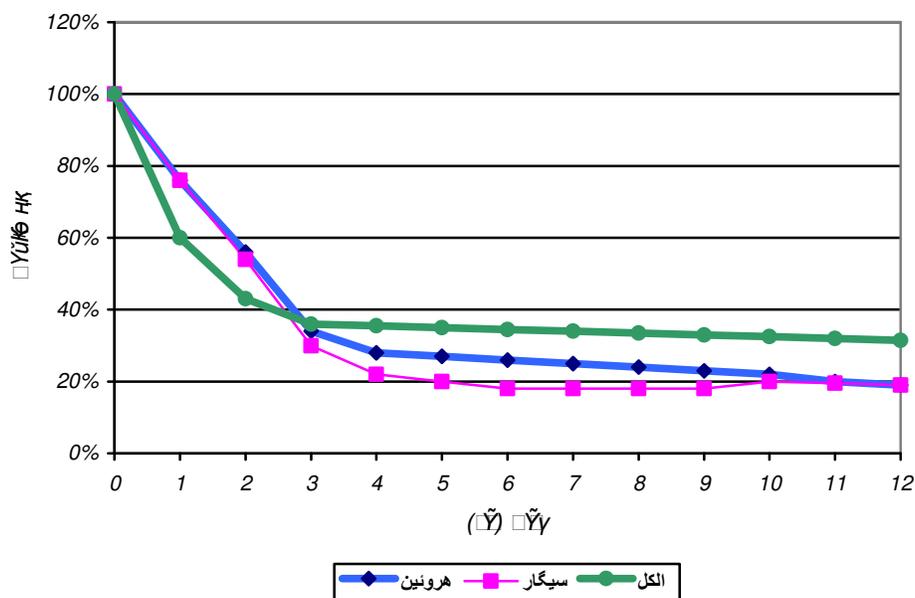
عمل

این افراد سیگاری‌های سابق هستند که در مدت ۶ ماه گذشته اقدام به ترک کرده‌اند. در این زمان خطر بازگشت مجدد در آنها بالا است. ۷۵٪ از این افراد اکثراً در هفته اول دچار عود می‌شوند. این افراد غیرسیگاری جدید (تازه ترک کرده) سعی می‌کنند تا ارتباطات خود را با کلیه محرک‌های سیگار قطع کنند و سیگار نکشند و از خود یک شخص غیرسیگاری بسازند. این دوره‌ای است که در آن حمایت و داشتن راهکار برای پیشگیری از عود بسیار مهم است. (بخش جلوگیری از عود را ببینید). اگر بازگشت به سیگار کشیدن رخ دهد، بسیار مهم است که به این دوره به عنوان خطا نگاه نشود بلکه از تجربه‌های این دوره استفاده شود و دقت نماییم که آن را قسمتی از یک مرحله ترک ناموفق به حساب نیاوریم.

دوره باقی ماندن

این گروه از سیگاری‌ها ظرف ۶ ماه گذشته ترک کرده‌اند. رفتارهای سیگار نکشیدن در آنها بوجود آمده است و تهدید سیگار بتدریج در آنها کاهش یافته است. شانس عود کردن به مرور زمان کم می‌شود (تنها ۴٪ از افرادی که ترک می‌کنند بعد از ۲ سال مجدداً به سیگار کشیدن روی می‌آورند).

شکل ۴- میزان بازگشت به سیگار در طول زمان-در مورد استفاده از هرونین-سیگار و الکل



■ نکاتی مهم در رابطه با مرحله تغییر مدل

سیگاری‌های شناسایی شده فکر می‌کنند که باید مستقیماً از مرحله آمادگی به ترک برسند. ۸۰ یا ۹۰ درصد سیگاریها به ترک فکر می‌کنند اما تنها ۲۰٪ از آنها در حال حاضر تصمیم به ترک دارند. مشکلات ترک سیگار در زمینه مسائل فیزیکی و روانی باید شناسایی شود. تمامی گروهها نیاز به کمک کردن دارند ولی هر گروه نیازمند مداخله خاص و هدفدار مخصوص به خود می‌باشد.

بیمار محوری و برخورد بدون قضاوت در تمامی راهکارها مؤثر است.

موفقیت را دوباره شناسایی کنید. موفقیت نه تنها از طریق مدل بلکه بصورت حرکت در جهت مدل شناسایی می‌شود. شما باید شانس موفقیت شخص را برای دو سال بعد، دو برابر کنید. ممکن است تغییرات با تأخیر همراه باشد و در کوتاه مدت مشخص نشود. انگیزه تغییرات می‌تواند برای مدت کوتاهی تغییر کند و بدین ترتیب پنجره‌ای برای کمک کردن گشوده می‌شود و انگیزه شخص می‌تواند تقویت گردد.

در این زمینه راهکاری مناسب را انتخاب کنید. برای افراد که بیشتر مایل به نفع بردن و علاقه‌مند به دریافت کمک هستند، زمان بیشتری صرف کنید. اعضای کلینیک همچنین باید از شکست کسانی که "ناآماده" بوده‌اند، چشم‌پوشی کنند و به آنها آموزش دهند که میزان مقاومت ممکن است کم شود.

عود یک بخش عادی در مرحله ترک کردن است بیشتر افرادی که ترک سیگار کرده‌اند، بعد از ۳ تا ۴ بار تلاش جدی به ترک نهایی عادت خود نائل شده‌اند.

سؤالات کلیدی

می‌توان مرحله تغییر را با استفاده از یک سؤال بدون قضاوت، ارزیابی کرد. (ریچموند و همکاران ۱۹۹۷). سؤالات کلیدی برنامه smoke screen جهت آسان نمودن ارزشیابی است و شامل: "در حال حاضر احساسات در مورد سیگار کشیدن چیست؟" و جواب با این سؤال از بیمار که "آیا در حال حاضر مایل ترک سریع هستید؟ یا در آینده نزدیک تصمیم به ترک دارید یا خیر؟" مشخص کرد. (به عنوان مثال در مورد ۳۰ روز آینده سؤال کرد). مثلاً می‌توان پرسید "آیا در حال حاضر آماده ترک کردن هستید؟" توجه به این نکته بسیار مهم است که بدون انتقاد تنها به ارزشیابی عقیده شخص پردازیم.

ارزشیابی همچنین شامل بررسی موانع ترک کردن، علل شروع کشیدن سیگار (مانند موفقیت‌های اجتماعی، استرس، احساس منفی)، حمایت اجتماعی و استفاده از تجربیات فرد سیگاری در تلاشهای گذشته وی برای ترک می‌باشد.

ارزشیابی دارودرمانی‌های قبلی نیز برای بررسی اینکه آیا این داروها بدرستی تجویز شده‌اند یا اینکه مشکلاتی در حین مصرف آنها رخ داده است، کمک کننده خواهد بود. اجرای سایر مسائل و مشکلات پزشکی مانند مشکلات فکری، سایر مشکلات فیزیکی و همچنین حاملگی باید مورد بررسی قرار گیرد. چرا که شاید بیماران نیاز به استفاده از سایر خدمات و راهنمایی‌های بیشتر داشته باشند.

شواهد

فاکتورهایی که با درصد بالایی از ترک همراه هستند شامل انگیزه بالا، آمادگی برای ترک، تعدیل توانایی فردی بالا و حمایت رسانه‌های جمعی می‌باشند.

توصیه

ارزیابی‌ها آمادگی برای ترک یک مرحله گرانبها در برنامه‌ریزی درمان است.

ارزیابی وابسته‌های نیکوتینی

نیکوتین یکی از مؤلفه‌های سیگار کشیدن برای اعتیاد به مواد است، اما این فاکتور، دلیل مضر بودن سیگار نیست. نیکوتین به عنوان یک آگونیست گانگلیونی کولینرژیک، هم در سیستم اعصاب محیطی و هم در اعصاب مرکزی عمل می‌کند و باعث آزاد شدن تعدادی از فرستنده‌ها مانند Dopamine, Noradrenaline, Acetylcholine و سروتونین می‌شود.

تظاهرات نیکوتین به شرح زیر است:

- بر سیستم اعصاب مرکزی: طیفی از تأثیرهای کوتاه مدت مثل لذت بردن، تحریک، تقویت حافظه کوتاه مدت، تقویت قدرت تمرکز و پائین آوردن هیجان.
- بر سیستم قلبی عروقی: بالا بردن ضربان قلب و فشار خون و تنگی عروق محیطی
- بر سیستم آندروکراین (غدد داخلی): افزایش کاتکول آمین گردش خون مثل آدرنالین، نورآدرنالین و افزایش سطح کورتیزول خون
- بر سیستم متابولیک: افزایش میزان متابولیک پایه
- بر دستگاه گوارش: کاهش اشتها، حالت تهوع
- بر عضلات اسکلتی: کاهش تون عضلات

نیکوتین به سرعت از دستگاه تنفسی، مخاط دهان و پوست جذب می‌شود. همچنین هنگام غذا خوردن بطور جزئی از طریق دستگاه گوارش جذب می‌گردد. سیگارهای فیلتردار وسیله مؤثری برای انتقال نیکوتین به بدن هستند. نیکوتین استنشاقی هنگامیکه وارد جریان خون ریوی می‌شود، حدود ۱۹-۱۰ ثانیه زمان می‌برد تا به مغز برسد. از آنجا که نیکوتین یک متابولیسیم سریع و وسیع دارد ابتدا در ریه‌ها اثر می‌کند (با میانگین نیمه عمر ۲ ساعت). یک فرد سیگاری متناوباً تعدادی افزایش و افت سطح نیکوتین در هر روز دارد (NSW بخش سلامت ۲۰۰۲). این تأثیر موجب افزایش اعتیاد می‌گردد. زمانیکه افراد سیگاری اثر ترک زودهنگام را تجربه می‌کنند بخاطر کاهش سطح نیکوتین دچار درخواست آن و بی‌قراری می‌شوند. ارزیابی وابستگی به نیکوتین ممکن است برای پیش‌بینی اینکه آیا فرد سیگاری دوست دارد

نیکوتین را ترک کند و سیگار کشیدن را قطع کند یا خیر، کمک کننده است. DSM-IV بیان می‌کند وابستگی به نیکوتین و ترک آن می‌تواند در تمامی فرم‌های دخانیات وجود داشته باشد. مشخصات وابستگی به نیکوتین شامل سیگار کشیدن بلافاصله پس از بیدار شدن از خواب، سیگار کشیدن در هنگام بیماری، مشکل در خودداری از کشیدن سیگار، گزارش اینکه نکشیدن سیگار در روز بسیار مشکل است و صبحها بیشتر از شبها سیگار کشیده می‌شود، می‌باشد. تست اندازه‌گیری وابستگی نیکوتین فاگشروم برای ارزیابی درجه وابستگی استفاده می‌شود. (فاگشروم ۱۹۹۰)

تست فاگشروم برای ارزیابی درجه وابستگی به نیکوتین

نمره	پاسخ‌ها	سؤالات
۳ ۲ ۱	ظرف ۵ دقیقه ۶-۳۰ دقیقه ۳۱-۶۰ دقیقه	بلافاصله چه زمان پس از بیدار شدن اولین سیگار خود را می‌کشید؟
۰ ۱	بله خیر	آیا خودداری از کشیدن سیگار در اماکن ممنوعه برای شما ممکن است؟
۱ ۰	اولین سیگار در روز هر سیگاری	ترک کدام سیگار برای شما مشکل‌تر است؟
۰ ۱ ۲ ۳	۱۰ یا کمتر ۱۱-۲۰ عدد ۲۱-۳۰ عدد ۳۱ یا بیشتر	در روز چند عدد سیگار می‌کشید؟
۱ ۰	بله خیر	شما بیشتر در صبح سیگار می‌کشید تا در باقی روز؟
۱ ۰	بله خیر	آیا حتی زمانیکه در بستر بیماری هستید سیگار می‌کشید؟

نمره:

- ۰-۲ وابستگی خیلی پائین
- ۳-۴ وابستگی پائین
- ۵ وابستگی میانه
- ۶-۷ وابستگی بالا
- ۸ و بیشتر وابستگی خیلی بالا

همچنین برای ارزیابی درجه وابستگی دوتایی به نیکوتین این سؤالات می‌تواند انجام شود:

(۱) چند دقیقه پس از برخاستن از خواب اولین سیگار کشیده می‌شود.

(۲) تعداد سیگار مصرفی روزانه

(۳) نشانه‌های تقاضا یا ترک در تلاش‌های قبلی برای ترک

کشیدن سیگار در ۳۰ دقیقه اول بعد از بیدار شدن، کشیدن بیش از ۱۵ سیگار در روز و تاریخچه تلاش‌های قبلی برای ترک، همگی برای تشخیص وابستگی خاطرنشان می‌شود. ممکن است از بیماری‌هایی که در تلاش قبلی خود، ترک داشته‌اند خواسته‌شود این تجربه و تلاش را دوباره تکرار کنند.

معیارهای DSM-IV برای ترک نیکوتین، داشتن چهار معیار از موارد زیر می‌باشد:

- خلق افسرده
- بی‌خوابی، بی‌قراری، عصبانیت، ناامیدی
- هیجان
- اختلال در تمرکز
- احساس خستگی
- پائین آمدن ضربان قلب
- بالا رفتن اشتها یا اضافه وزن

برای تشخیص نشانه‌های محرومیت نیکوتینی باید دقت شود که نشانه‌هایی که مشکلات واضح ایجاد می‌کنند ربطی به وضعیت عمومی بدن ندارند و نباید با سایر مشکلات پزشکی اشتباه شود. نشانه‌های محرومیت نیکوتین بین ۱۰-۱۴ روز بعد از ترک بهتر می‌شوند ولی حتی ممکن است تا ۴ هفته هم به طول انجامد. مسائلی که باعث فکر کردن به سیگار کشیدن می‌شود، می‌توانند تا سالها همراه فرد باشند.

مشاوره (Advice)

تمامی افراد سیگاری باید بطور جدی در مورد ترک سیگار مشاوره شوند بطوریکه نصایح ارائه شده باید:

- واضح و بدون پیچیدگی باشند
- حمایت‌کننده باشند و تحریک‌کننده نباشند

می‌توان به عنوان نمونه از این جملات استفاده کرد: "من پیشنهاد می‌کنم ولی تصمیم با خودت است. به عنوان یک پزشک توصیه می‌کنم که سیگار خود را ترک کنی" یا "بهترین کاری که در حال حاضر و در آینده برای سلامتی خود می‌توانی انجام دهی، ترک کردن سیگار است" و یا "وقتی مریض هستی کم کردن سیگار کافی نیست". بر اساس تحقیقات، در مشاوره‌هایی که به افراد سیگاری مکرراً دستور داده می‌شود که سیگار را ترک کنند، بخصوص در مشاوره‌های غیرمرتبط به سیگار، ممکن است رابطه نزدیک بین پزشک و بیمار از بین برود. (بوستر و دیگران ۱۹۹۹) برای اجتناب از وقوع چنین امری بولسترو رولینک (۲۰۰۲)، بر اهمیت ایجاد رابطه عاطفی در مشاوره تأکید می‌کنند و از بیمار برای صحبت و بحث کردن پیرامون سیگار کشیدن باید کسب اجازه کرد.

می‌توانید منافع ترک سیگار را با توجه به شرایط هر شخص مشخص کنید. به عنوان مثال در نظر گرفتن پیشرفت بیماری‌های مختلف با استمرار مصرف سیگار، اهمیت در نظر گرفتن سیگار به عنوان یک فاکتور در ایجاد بیماری در آینده، نشان ندادن سیگار کشیدن به دیگران (بخصوص به اطفال)، اهمیت الگو بودن برای بچه‌ها و نوجوانان و پس‌انداز حفظ پول. تمامی افراد سیگاری باید اطلاعاتی در مورد ترک و استفاده از مراکز حمایتی خطوط تلفنی ترک دریافت کنند.

خطوط تلفنی ترک در حال پیشرفت هستند و به افراد ناآماده برای انتخاب کمک می‌کنند و آنها را ناخواسته و به زور وادار به ترک نمی‌کنند.

شواهد

ارائه مشاوره ترک سیگار مختصر از جانب پزشک در فرصت‌های مناسب در جریان یک مشاوره معمولی می‌تواند تأثیر مثبتی در حفظ سلامتی عموم داشته باشد.

توصیه

در مشاوره‌های معمول هر جا که امکان داشت یک مشاوره مختصر برای ترک سیگار بدهید (حداقل سالانه)

کمک کردن (Assist)

ایجاد کمک هدفدار بر پایه ارزیابی مراحل که در بالا توصیف شد که این کمکها می‌تواند توسط

طیف وسیعی از پزشکان ارائه شود مانند:

- مشاوره مختصر و فراهم کردن اطلاعات نوشتاری و اختیار در مراجعه به سرویس‌های حمایتی (مثل خطوط تلفنی ترک)
 - کمک با همکاری پزشکان عمومی (توسط پزشکی عمومی یا یکی از اعضاء کلینیک)
 - کمک توسط پزشک عمومی به‌مراه کمک گرفتن از سایر مراکز خدماتی
- مثالهایی از نوع خدماتی که متخصصین پزشکی می‌توانند ارائه دهند شامل: سرویس‌های سلامت روانی، توان‌بخشی سیستم قلبی و عروقی، کلینیک پیش از زایمان، آموزش دیابت، آموزش آسم، توان‌بخشی ریه، مشاوره خطوط تلفنی ترک (هرجا که لازم است به پزشک عمومی مراجعه شود) و استفاده از دارودرمانی (هنگامیکه نقش آنها در داروسازی گسترش می‌یابد) می‌باشد. تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه تلفیقی از کمک‌ها باید اعمال شود بر اساس احتیاج و ارجحیت دادن بیمار و اینکه پزشک عمومی تا چه اندازه صلاح می‌بیند که این درمان انجام شود، می‌باشد.

مشاوره‌های کوتاه و پیگیری

این مشاوره‌های کوتاه شامل موارد زیر می‌باشند:

- مشاوره کوتاه برای ترک
- مانند تهیه اطلاعات مانند جزوه آموزشی ترک و سایر موارد مناسب (مثل جمع‌آوری مطالب آموزشی کامپیوتری)
- پیشنهاد مراجعه به خطوط تلفنی ترک یا سایر سازمانهای مناسب
- توصیه به مصرف دارو در صورت لزوم

کمک‌های پزشکان عمومی

کمک‌رسانی بر اساس مرحله آمادگی بیمار برای ترک، موانع ترک و سایر مسائل، برنامه‌ریزی می‌گردد. راهکارهای زیر بر اساس برنامه smoke screen است که بطور وسیعی در سطح پزشکان عمومی استرالیا اجرا و ارزیابی شده است (ریچموند و دیگران ۱۹۸۳-۱۹۹۳، ریچموند ۱۹۹۹)

آماده نبودن برای ترک (مرحله پیش تفکر)

- خاطر نشان کردن ارتباط سیگارکشیدن با سلامتی در حال حاضر و در آینده

- تشویق بیماران به فکر کردن در مورد سیگار کشیدن خود
- دعوت برای کمک گرفتن بیشتر از پزشکان عمومی
- تهیه متون اطلاعاتی مانند جزوه آموزشی ترک
- امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی مانند خطوط تلفنی ترک

نامطمئن بودن برای ترک (مرحله تفکر)

- کمک به بیماران برای واکنش نشان دادن به رفتارهای مصرف سیگار با استفاده از مصاحبه‌های برانگیزنده (مطالب زیر را ملاحظه فرمایید)
- بررسی بیماری‌های مربوط به سیگار و موانع ترک
- بررسی سایر مشکلات جسمی یا روحی در این رابطه
- فراهم کردن کمک بیشتر از سوی پزشک عمومی
- تهیه جزوه اطلاعاتی مانند جزوات ترک
- فراهم کردن امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی مانند خطوط تلفنی ترک

آماده بودن برای ترک (مرحله عمل)

- تأیید و تشویق تصمیم برای ترک
- کمک به بیماران برای پیشبرد برنامه ترک شامل:
 - انتخاب یک روز مشخص برای ترک ظرف دو هفته آینده
 - کمک کردن از طریق برخورد با مشکلات ترک مانند ترس از شکست خوردن، غلبه بر استرس، مشغولیات فکری در مورد اضافه وزن، محیط اجتماعی و فرهنگی
- استراتژی‌های شناخت و رفتار
- حمایت اجتماعی
- کمک با تکیه بر مشکلات پیچیده مانند مشکلات روحی یا جسمی، محیط اجتماعی و حاملگی
- کمک به مشاوره بر اساس NRT و تجویز بوپروپیون در هنگام لزوم، ترتیب دادن ملاقات‌های پی‌گیر برای مشاهده اثرات دارویی ظرف یک‌هفته پس از تاریخ ترک در NRT یا در روز ترک برای بوپروپیون
- فراهم کردن امکان ارائه کمک بیشتر در تمرینات عملی و یا اطلاعات (مثل جزوه‌های ترک) و امکان مراجعه به مراکز حمایتی (مانند خطوط تلفنی ترک)

مصاحبه برانگیزنده

مصاحبه‌های برانگیزنده یک تکنیک مشاوره‌ای است که بر اساس آن اعضاء تیم درمان در مورد تردید بیماران نسبت به رفتار خود آگاهی می‌دهند. مصاحبه‌های هدفدار شامل سوالات باز، گوش کردن با حوصله و خلاصه کردن می‌باشند. پزشک، مسئول مراحل مصاحبه برانگیزنده می‌باشد. اما تصمیم‌گیری برای ترک و مسئولیت آن را بر عهده بیمار می‌گذارند. مصاحبه‌های برانگیزنده نباید منجر به موقعیتی شود که رابطه نزدیک بین پزشک و بیمار را از بین ببرد و یا ایجاد مقاومت در برابر تغییر نماید. ایجاد شک و تردید، در مصاحبه‌های برانگیزنده می‌توانند بین انتخاب سیگارکشیدن و اهداف شخصی مانند سلامتی، تناسب اندام، ظاهر مناسب و پس‌انداز و حفظ پول بحث نماید.

افراد سیگاری که نسبت به ترک خود نامطمئن هستند می‌توانند با این تغییرات برانگیخته شوند:

۱) کمک به ارزیابی نقاط مثبت و منفی سیگارکشیدن، همچنین می‌توان از بیماران خواست انگیزه ترک و اطمینان خود را در ترک بالا ببرند.

۲) بحث در مورد مسائل بهداشتی مرتبط و نگرانی‌ها راجع به ترک سیگار (تأثیرات سیگار بر سلامتی را ببینید).

نکات مثبت و منفی سیگار را ارزیابی کنید:

۳) سؤال: از چه چیز سیگار خوشتان می‌آید؟

۴) سؤال: از چه چیز سیگار بدتان می‌آید؟

۵) نکات مثبت و منفی را که بیماران می‌گویند خلاصه کنید.

۶) سؤال: کی سیگارکشیدن را ترک می‌کنید؟

بعنوان یک تمرین در خانه می‌توان از بیماران سؤال کرد تا فکر کنند و لیستی از دوست داشتن و دوست نداشتن‌های خود در مورد سیگارکشیدن و ترک کردن، تهیه کنند.

ارزیابی میزان انگیزه و اطمینان فرد

از بیماران باید خواست تا میزان انگیزه و اطمینان خود در مورد ترک سیگار را از نمره ۱ به ۱۰ برسانند. این کار می‌تواند در کنار مصاحبه‌های برانگیزنده کمک‌کننده باشد. تشخیص انگیزه و اطمینان می‌تواند موانع ترک را روشن نماید و برای شروع بحث در مورد چگونگی بالا بردن انگیزه و اطمینان استفاده شود.

راهنمای اصول مصاحبه برانگیزنده

میلرودرول نیک (۲۰۰۲) ۴ یک اصل کلی را بطور خلاصه در مورد مصاحبه برانگیزنده بیان کرده‌اند که به شرح زیر می‌باشند:

- ابزار همدردی
 - گسترش تفاوت‌ها
 - مقابله با مقاومتها
 - حمایت از کارایی فرد
- سایر توصیه‌ها به شرح زیر است:
- مشخص کردن مصاحبه‌ها، مشاوره بر اساس نیازهای فرد سیگاری و مشغولیات وی در زمان مراجعه مثلاً در مورد بالا رفتن وزن، استرس و علائم محرومیت
 - بدون ستیز و بدون قضاوت عمل کنید و از هر بحثی که منجر به مقاومت در برابر تغییر می‌شود خودداری کنید.
 - مثبت باشید و برجسته‌های مثبت ترک کردن تأکید کنید مثل بهبود وضعیت سلامتی تا استفاده از تکنیکهای ترساننده.
 - لغزش و بازگشت خطا نیست بلکه باید از این تجربیات استفاده کرد. هرگاه که لازم است به آنها هدیه دهید و از این طریق آنها را تشویق کنید.
 - از تفاوت استفاده کنید. تشخیص اختلاف در جایی است که بیمار در یک زمان بین عقاید مختلف سرگردان است و احساس ناراحتی می‌کند. باید اینگونه افراد را وادار کرد تا در هدف و منافع خود بازنگری کنند و از روش‌هایی مانند "دوست داشتن و دوست نداشتن"، "اگر در آینده به سیگار کشیدن خود ادامه دهید چه پیش می‌آید؟" و یا "اگر ترک کنید چه پیش می‌آید؟" استفاده کنید.

بر ترک‌کنندگان افیر (ظرف ۱۲ ماه گذشته)

- تبریک بگویید.
- مزایای یک فرد غیرسیگاری را دوباره مرور و تقویت کنید.
- از استراتژی‌های جلوگیری از عود کمک بگیرید که شامل:
 - بیان علایق و نگرانی‌ها برای باقی ماندن به عنوان یک فردی که سیگار را ترک کرده است.

- کمک به بیماران برای شناسایی موقعیت‌های پرخطر مانند غم‌ها و شادی‌ها، استرس عاطفی و حضور در مراکز اجتماعی افراد سیگاری
- استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک (مطالب زیر را ببینید)
- ایجاد کمک بیشتر برای تمرین و یادگرفتن اطلاعات (مثل جزوه‌های آموزشی ترک) یا مراجعه به مرکز خدمات مثل (خطوط تلفنی ترک ۲۰۱۰۹۵۱۵-۲۰۲۱)
- استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک (مطالب زیر را ببینید)

کمک پزشکی عمومی در کنار کمک سایر مراکز خدماتی

کمک بر پایه مرحله آمادگی برای تغییر که بطور مفصل در بالا شرح داده شد، از سوی پزشک عمومی ارائه می‌شود که بر اساس همکاری با سایر مراکز خدماتی است. بررسی وضعیت سلامت و مشکلات روحی یا جسمی فرد برای ترک سریع، مراجعه یا همکاری داشتن با سرویس‌های ویژه در هنگام احتیاج بعنوان مثال: استفاده از روانشناس یا مشاورین روان، پزشکان متخصص، توان‌بخشی قلب، متخصص دیابت، توان‌بخشی ریه از موارد این همکاریها می‌باشند. در نظر گرفتن پیشرفت یا برنامه‌های چند تخصصی در مراقبت می‌تواند شامل شرکت این گروه در برنامه خطوط تلفنی ترک باشد.

موانع ترک

در نظر گرفتن موانع ترک برای تمامی افراد سیگاری مهم است. یک بحث آموزنده می‌تواند برای کمک کردن به افراد سیگاری جهت غلبه بر این موضوع، مفید باشد. باید با اطلاعات صحیح توهمات و اشتباهات رفع گردد. مهمترین موانع ترک در زیر تشریح شده است.

علائم محرومیت

بیش از ۸۰ درصد از افراد سیگاری علائم محرومیت را تجربه می‌کنند. تقاضا برای سیگار و بی‌قراری دو مؤلفه شایع هستند. با استفاده از NRT و بوپروپیون علائم محرومیت را می‌توان درمان کرد.

اگر افراد از دارودرمانی استفاده می‌کنند، می‌توان از استراتژی‌های شناخت و رفتار درمانی استفاده کرد تا در مراحل اولیه ترک، به آن‌ها کمک شود. نشانه‌های نامطلوب فیزیکی ظرف

۲ تا ۳ روز اول ظاهر می‌شوند و اغلب ظرف ۱۴-۱۰ روز برطرف می‌شوند اما می‌تواند تا ۴ هفته نیز دوام یابند. اگر علائم محرومیت بیشتر طول کشید باید دنبال مشاوره بود. اگر علائم محرومیت در افرادی که از NRT و بوپروپیون استفاده می‌کنند وجود داشت باید دوز NRT را بالا ببریم.

استرس

اغلب افراد سیگاری برای غلبه بر اضطراب خود از سیگار استفاده می‌کنند. مشخص شده است که نیکوتین علاوه بر اثر آرام‌بخش مستقیم روی مغز دارای اثرات تحریکی نیز می‌باشد. اگرچه بعضی از اثرات آرام‌بخش سیگار کشیدن بعلت شکسته شدن و توقف فعالیت استرس‌زا و تنفس عمیق می‌باشد. با این حال ممکن است افراد سیگاری از راههای دیگری برای غلبه بر استرس استفاده کنند مثلاً یاد بگیرند که چطور ماهیچه‌های خود را آزادسازند و از تکنیکهای تنفس استفاده کنند. می‌توان این مسائل را از طریق یک پزشک عمومی یا یک کاست آرام‌بخش بعنوان بخشی از برنامه ترک سیگار آموزش داد.

ترس از شکست

عود یک امر شایع در مرحله ترک است و بیشتر سیگاری‌ها ۳ تا ۴ بار قبل از موفقیت نهایی برای ترک، تلاش و بازگشت دارند. افراد سیگاری باید تشویق شوند تا به هر مرحله از شکست خود به عنوان یک مرحله آموزش نگاه کنند (نه شکست). این باعث می‌شود که شانس موفقیت در تلاش بعدی آن‌ها بالا برود. باید روی راهکارهایی برای غلبه بر موقعیت‌های خطرناک بحث شود و سیگاری‌ها را تشویق به تلاش دوباره کرد. همچنین افراد سیگاری باید تشویق شوند تا برای ترک دیگری تلاش کنند تا بتوانند موفق گردند. سایر پیشنهادات برای بالا بردن شانس موفقیت مثل استفاده از دارودرمانی و خدمات حمایتگر مانند خطوط تلفنی ترک را می‌توان در تلاشهای بعدی ترک، عنوان کرد.

فشار اجتماعی/فشار دوستان

موقعیت‌های خطرناک مثل اجتماعات دوستان و مهمانی‌ها اغلب شدیداً تداعی‌کننده تمایل به سیگار هستند که باید از چنین موقعیت‌هایی در اوایل ترک پرهیز شود. همچنین باید افراد آموزش ببینند که چطور در مقابل تعارف سیگار دیگران جواب منفی بدهند. در چند هفته اول

باید بیماران را تشویق کرد که وقت بیشتری را با افراد غیرسیگاری بگذرانند. به جلسات افراد غیرسیگاری بروند یا وقت خود را در اماکنی که کشیدن سیگار در آنها ممنوع است، سپری کنند.

افزافه وزن

این یک مانع بسیار مهم، بخصوص برای خانمها، است. برای اغلب افراد، این موضوع دلیل بازگشت و حتی آغاز سیگار کشیدن است. مکانیزم اضافه وزن شامل بازگشت به وضعیت متابولیک طبیعی بعد از توقف ورود نیکوتین به بدن و افزایش ورود غذا به بدن می‌باشد. معمولاً ۷۵٪ افرادی که سیگار را ترک می‌کنند دچار اضافه وزن می‌شوند. میزان متوسط اضافه وزن معمولاً ۲-۴ کیلو است و ۱۰٪ از افراد معمولاً بیش از این میزان اضافه وزن پیدا می‌کنند (تا ۱۳ کیلو) معمولاً هنگامیکه شخص از داروهای جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون استفاده می‌کند، اضافه وزن متوقف می‌شود (فیور ۲۰۰۲). توصیه‌هایی برای کاهش وزن می‌توان ارائه داد مانند یک رژیم کم چربی متعادل و اجتناب از خوردن غذاهای پرچرب، نوشیدن آب یا نوشیدنی‌های کم کالری به عنوان جانشینی برای تنقلات، ورزش روزانه و شناسایی غذاهای محرک اشتها و یادگیری راههای جدید برای غلبه بر افزایش وزن که مشاورین با تجربه در این مواقع یک رژیم کم چربی را پیشنهاد می‌کنند.

راهکارهای شناختی

بعضی بیماران می‌توانند از ثبت سیگار کشیدن خود بطور روزانه از چند روز قبل از ترک به منظور کمک‌رسانی به آگاهی یافتن از الگوی سیگار کشیدن خود، سود ببرند. این موضوع می‌تواند روشن کننده محرک‌های تمایل به سیگار و شناخت موقعیت‌های پرخطر مصرف سیگار برای این افراد باشد و شانس انتخاب فعالیت جایگزین را برای آنها بالا ببرد. بعنوان مثال افراد می‌فهمند که چای صبحانه آنها خاصیت افزایش تمایل به مصرف سیگار را به همراه دارد بنابراین می‌توانند آن را به آب میوه یا حتی قهوه تغییر دهند تا این محرک را برطرف سازند و این تداعی ذهنی را برای خود فرو نشانند. هدف شناخت راهکارهای شناختی فکر کردن برای استفاده از قدرت تفکر منطقی برای غلبه بر اعتیاد به سیگار می‌باشد. افراد سیگاری باید تشویق شوند که منافع ترک و پیامد شروع دوباره سیگار را در نظر بگیرند. باید منافع سیگار کشیدن را ارزیابی کنند. بسیاری از سیگاری‌ها بر این باور هستند که نمی‌توانند بدون سیگار بر استرس خود غلبه کنند اما در حقیقت، هنگامیکه سیگار کشیدن را متوقف می‌کنند،

در می‌یابند که حتی شاید بهتر از زمانیکه سیگار می‌کشیدند، می‌توانند از پس آن بر بیایند. سایر تلقی‌ها این است که از سیگار بعنوان ابزاری برای کنترل وزن خود، مانند یک سیستم ارضاء کننده و راهی برای تنظیم وزن استفاده کنند. افراد سیگاری معمولاً سالها است که با سیگار رابطه دارند و خداحافظی کردن با این عادت ممکن است زمان و تلاش زیادی را بطلبد. (ریچموند و همکاران ۱۹۹۹)

راهکارهای شناخت می‌توانند به افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، کمک کند تا بر اشتیاق خود غلبه کنند. فکر کردن در مورد سیگار نکشیدن مستلزم تصمیم‌گیری آگاهانه برای سیگار نکشیدن و فکر کردن در مورد جایگزین کردن چیزی بجای سیگار و تصمیم به فکر کردن به چیز دیگری است.

راهکارهای رفتاری

می‌توان چند راهکار رفتاری را برای غلبه بر محرک‌ها و موقعیت‌های پرخطر در نظر گرفت. در حالت ایده‌آل بیمار باید شانس خود و فعالیت‌های جایگزین را در نظر بگیرد. فرمول (4D) یک یادآوری ساده برای ترک و جزء راهکارهای رفتاری غلبه بر سیگار است.

- **Delay**: تأخیر: این کار را هنگام میل به سیگار کشیدن انجام دهید. بعد از ۵ دقیقه میل به سیگار کشیدن ضعیف می‌شود و عزم شما برای ترک کردن دوباره جزم می‌شود.
- **Deep Breathing**: تنفس عمیق: به آرامی نفسی عمیق بکشید و به آرامی آن را رها سازید. این کار را سه بار تکرار کنید.
- **Drink**: نوشیدن: آب را به آرامی در دهان خود نگاه دارید تا طعم آن را احساس کنید.
- **Distract**: کار دیگری را انجام دهید: برای اینکه فکر خود را از کشیدن سیگار منحرف سازید، انجام دادن ورزش جایگزین خوبیست.

این برنامه راهکارهایی را برای تأخیر و منحرف کردن حواس پیشنهاد می‌کند. پیشنهاد دیگر دوری گزیدن از محرک‌های سیگار در مراحل اولیه ترک است (مندلسون و ریچموند ۱۹۹۴). شدیدترین محرک‌ها، الکل، قهوه و دوستان سیگاری هستند. این برنامه همچنین پیشنهاد می‌کند که نشانه‌های موجود در محیط را تعدیل کنید (مثل زیرسیگاری را دور از دسترس قرار دهید) و آخرین پیشنهاد و راهکار این است که هر جا فشار برای سیگار کشیدن زیاد است، آن محیط را ترک کنید. حمایت اجتماعی اقوام و دوستان برای ترک کردن خیلی مفید است و

پزشک می‌تواند هر جا که لازم بود این موضوع را بررسی کند. هنگامیکه حمایت اجتماعی وجود نداشت، پزشک باید تلاش کند تا حمایت را ایجاد نماید و یا پیشنهاد کند که فرد از خطوط تلفنی ترک استفاده نماید.

باید از بیماران خواست که بخاطر داشته باشند این فکر که "من آسیب نمی‌بینم" باعث می‌شود که دوباره به کشیدن سیگار روی آورند.

برنامه‌ریزی‌هایی برای پی‌گیری (Arrange)

شواهد

پیگیری برای بالا بردن میزان ترک مفید است.

توصیه

تمامی افراد سیگاری که قصد دارند سیگار خود را ترک کنند باید پی‌گیری داشته باشند. مشاهده شده است که وجود پیگیری پس از مشاوره برای ترک باعث افزایش تمایل به ترک طولانی مدت در فرد می‌گردد. (ریچموند و دیگران ۱۹۸۶-۱۹۹۳)

اگر بیمار برای کمک گرفتن ارجاع شد، پزشک می‌تواند ترتیب پی‌گیری را بدهد. اگر تلاش بیمار برای ترک به همراه حمایت یک پزشک همراه باشد می‌توان زمانهایی را برای ملاقاتهای پی‌گیری در اولین جلسه مشاوره تنظیم کرد. یک راهکار برای تشویق بیمار به شرکت در ملاقات‌های پی‌گیری، اختصاص دادن یک زمان مشخص در اولین جلسه مشاوره برای تنظیم ملاقات‌های پی‌گیری است. معمولاً فرد مشاور می‌تواند هر روز از طریق تلفن با بیمار در تماس باشد تا وضعیت بیمار تأیید شود. مناسبترین زمان برای مشاوره یک هفته تا یکماه بعد از تاریخ ترک است، پی‌گیری می‌تواند حضوری یا از طریق تلفن انجام شود.

دستور جلسه برای یک هفته پی‌گیری مضموری یا تلفنی

در هنگام ترک:

- تبریک بگوئید و تصمیم به سیگار نکشیدن بیمار را تأیید کنید و به بیمار منافع یک غیرسیگاری بودن را یادآوری کنید.
- وضعیت پیشرفت و مشکلات را مرور کنید.
- با دارو درمانی کمک کنید که بیمار پایدار بماند و تشویق کنید در صورت بروز هر مشکل ادامه دهد.

- در مورد جلوگیری از عود زود هنگام بحث کنید. در مورد راهکارهای غلبه بر موقعیت‌های پرخطر مانند استرسها، وضعیتهای احساسی منفی، الکل و محیط اجتماعی آگاهی دهید.
 - حمایت‌های اجتماعی و استفاده از خدمات حمایتی (مثل خطوط تلفنی ترک جمعیت مبارزه با مشکلات استعمال دخانیات و خدمات ارائه‌دهنده دارودرمانی) را پیشنهاد کنید.
- اگر عود رخ داد:
- همدلی کنید و از آن بعنوان یک تجربه یاد کنید.
 - دلایل عود را بررسی کنید.
 - کمک کنید تا انگیزه بازگشت به مرحله آمادگی را دوباره ایجاد کنید.
 - اگر بیماران سریع ترک نکردند:
 - دلایل تأخیر را بررسی کنید.
 - بیمار را تشویق کنید تا تاریخ ترک را تعیین کند.

دستور جلسه برای ترتیب یکماه پیگیری مضموری یا تلفنی

در هنگام ترک:

- تصمیم وی را تحسین و تأیید کنید.
 - پیشرفت و مشکلات را مرور کنید.
 - وی را تشویق کنید تا دوره دارودرمانی خود را کامل طی کند.
 - در مورد جلوگیری از بازگشت بحث کنید و بگویید که نباید اولین سیگار را بکشد تا خطر بیشتر شدن آن بوجود نیاید.
- اگر عود رخ داده بعنوان یک تجربه از آن استفاده کنید. (مطالب زیر را ببینید) پی‌گیری‌ها بیشتر می‌تواند بر اساس نیاز بیمار طراحی شود. اگر فرد سیگاری با بیماری جسمی یا روحی روبرو بود یا سایر فاکتورهای خطر رفتاری را که قبلاً شناسایی شده به همراه داشت باید این موارد در ملاقات‌های پیگیری مطرح شود. در مورد سایر متخصصین امور پزشکی می‌توان این مشکلات را از طریق استفاده از مراقبت چند تخصصی حل کرد.

جلوگیری از بازگشت

هدف و استراتژی‌های جلوگیری از بازگشت، کمک به مردم برای جلوگیری یا غلبه بر

موقعیت‌های پرخطر است. چنین راهکارهایی با هدف جلوگیری از لغزش صورت می‌گیرد تا اگر لغزش رخ داد، منجر به بازگشت کامل به سیگار کشیدن نشود.

استراتژی‌های پیشنهادی به شرح زیر است:

- شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای سیگار کشیدن و محرک‌های مهم مصرف سیگار
- برنامه‌ریزی راهکارهای تطابق در مراحل پیشرفته
- در نظر گرفتن ایجاد تغییرات در مدل زندگی که بتواند میزان موقعیت‌های پرخطر را کاهش دهد مثل: مدیریت بحران (استرس) و عدم مصرف الکل
- تشویق بیماران به داشتن برنامه‌ریزی برای غلبه بر لغزش یا جلوگیری از تبدیل لغزش به یک بازگشت کامل

ترک کردن یک مرحله پویا و ادامه‌دار است که اغلب بیش از وقایع منفصل، شامل تلاشهای مکرر است. عودهای پشت سرهم یک اتفاق رایج در این مرحله است. بیشتر افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند، بطور متوسط ۴ بار تلاش و عود داشته‌اند تا بتوانند موفقیت نهایی را حاصل کنند (کمیته ملی سلامتی استرالیا ۱۹۹۹). میزان عود در تمامی روش‌های ترک سیگار بالا است.

لغزش و خطا یک مسئله متداول در ترک کردن می‌باشد. لغزش و خطا به معنی سیگار کشیدن گاه به گاه است (تنها یک یا دو سیگار در روز) که معمولاً هنگام استرس یا موقعیت‌های خاص اجتماعی رخ می‌دهد و می‌تواند با مصرف الکل همراه شود. بیمار نیاز به بازنگری در علت ترک خود دارد تا دوباره پرهیز کند و راهکارهای خود را برای غلبه بر لغزش‌های بعدی قوی‌تر کند. برای کمک به افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند و اجتناب از لغزش بیشتر این افراد، مشاوره باید روی راهکارهای شناختی و رفتاری مانند روش تنها (4Ds) استوار باشد. عود به معنای از سرگیری سیگار کشیدن است. خطر عود در هفته اول بعد از ترک بالا است (کنفور و همکاران ۱۹۹۴، حاج و همکاران ۱۹۹۴). ۷۵٪ عودها در ۶ هفته اول پس از ترک رخ می‌دهد. حتی بعد از یکسال از ترک حدود یک سوم افراد ترک سیگار کرده، ممکن است دوباره عود داشته باشند. بعد از ۲ سال احتمال عود حدود ۴ درصد کاهش می‌یابد. (کمیته ملی سلامتی ۱۹۹۹). عود بخاطر این است که افراد برای غلبه بر اشتیاقشان برنامه‌ریزی نمی‌کنند. محرک‌های متداول برای عود عبارتند از: احساسات منفی مانند شکست شخصیتی، خشم، شکست محرومیت و هیجان و تداوم لغزشها.

شواهد

پیشگیری از عوامل مؤثر در عود می‌تواند میزان عود را کاهش دهد.

توصیه

تمامی افراد سیگاری که قصد دارند سیگار خود را ترک کنند باید در مورد جلوگیری از عود مشاوره شوند.

درمان دارویی

شواهد

درمان دارویی با درمانهای جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون آهسته رهش یک کمک مؤثر به سیگاریهای با انگیزه، برای ترک می‌باشد. پذیرش درمانهای دارویی، بویژه طول مدت درمان، تأثیر مهمی بر میزان موفقیت دارد.

توصیه

اگر ممنوعیت مصرف وجود ندارد، درمانهای دارویی باید برای همه سیگاریهای آماده ترک که شواهدی از وابستگی به دخانیات را دارند ارائه شود. درمان دارویی بر پایه شرایط بالینی و تمایل بیمار می‌باشد. سیگاریهایی که از درمانهای دارویی استفاده می‌کنند باید تشویق شوند که یک دوره زمانی مصرف دارو را به طور کافی را تکمیل کنند (۸ هفته NRT و حداقل ۷ هفته بوپروپیون)

درمانهای جایگزین نیکوتین (NRT)

هدف درمانهای جایگزین نیکوتین، جایگزین کردن مقداری از نیکوتین سیگار بدون سایر مواد تشکیل دهنده و مضر موجود در دود دخانیات می‌باشد. NRT علائم محرومیت مرتبط با وابستگی به نیکوتین را کاهش داده و به فرد سیگاری کمک می‌کند بر جنبه‌های روانی-اجتماعی ترک سیگار تمرکز کند. بهترین نتایج درمانی زمانی بدست می‌آید که همراه با توصیه‌های رفتاری و پیگیری باشد. در ایران، اسپری‌های استنشاقی و قرصهای زیرزبانی در داروخانه‌ها با نسخه پزشک در دسترسند و آدامس نیکوتینی، برچسبها و سایر انواع آن را می‌توان تهیه نمود.

مطالعه متاآنالیز بررسی کارایی NRT توسط کتابخانه کوچران (سیلاگی و همکاران، ۲۰۰۳) و پانل راهنمای ایالات متحده (فیور و همکاران ۲۰۰۰) انجام شد و هر دو به این نتیجه رسیدند که NRT روشی مؤثر است. بررسی کوچران شامل ۶۵ مطالعه بود که درصد ترک ۱۲ ماهه انواع مختلف NRT را با شبه دارو و یا بدون دارو مقایسه می‌کرد. مقدار مؤثر (تفاوت در درصد ترک بین گروه مورد مداخله و گروه کنترل) برای انواع مختلف NRT از ۵٪ تا ۱۲٪ متفاوت بود ولی هیچ نوعی بر دیگری برتری واضحی نداشت. در متاآنالیز ۴۷ مطالعه که توسط

فیور (سال ۲۰۰۰) انجام شد، مقدار مؤثر از ۷ تا ۱۷٪ در مقایسه انواع مختلف NRT با شبه دارو در پیگیری ۶ ماهه بدست آمد. یک مطالعه انجام شده در استرالیا که برچسبهای پوستی نیکوتین را با شبه دارو مقایسه می‌کرد نشان داد که درصد ترک در بین افرادی که از برچسب استفاده می‌کردند دو برابر افرادی بود که از شبه داروی برچسب استفاده کردند (در پیگیری‌های ۶ ماهه، ۷،۳،۲،۱ و ۱۰ ساله). متاآنالیز برچسبهای نیکوتین نشان می‌دهد که مصرف برچسبها بیشتر از دو برابر شانس موفقیت را نسبت به استفاده از شبه دارو افزایش می‌دهد. (سیلاگی و همکاران ۱۹۹۴، فیور و همکاران ۱۹۹۴)

شواهد

آدامس نیکوتینی، برچسب نیکوتینی، اسپری بینی نیکوتینی و استنشاق کننده نیکوتینی همگی درصد ترک را در پیگیری‌های ۵ تا ۱۲ ماهه ۲ برابر در مقایسه با شبه دارو افزایش می‌دهند. هیچ تفاوت واضحی در کارایی انواع مختلف NRT در رسیدن به ترک در پیگیری‌های ۵ تا ۱۲ ماهه وجود ندارد.

توصیه

NRT باید برای افراد سیگاری وابسته به نیکوتین تجویز شود. نوع NRT بستگی به تجربیات و ملاحظات فردی دارد.

نشان داده شده که سطوح خونی نیکوتین در افرادی که از NRT استفاده می‌کنند نسبت به کسانی که سیگار می‌کشند پایین‌تر است. بنابراین بیمارانی که در آنها دوزهای استاندارد NRT منجر به علائم پایدار محرومیت می‌شود و این مسأله احتمال عود را در آنها افزایش می‌دهد، می‌توانند از داروهای جایگزین طولانی مدت استفاده کنند. افراد سیگاری که از NRT برای ترک استفاده می‌کنند ممکن است علائم محرومیت را با مسمومیت ناشی از NRT (موارد بسیار نادر) اشتباه بگیرند. بنظر می‌رسد درمان با NRT افزایش وزن ناشی از ترک سیگار را به تعویق می‌اندازد.

برچسبهای نیکوتینی

مزیت برچسبهای نیکوتینی آسان بودن مصرف آن است. استفاده از برچسبهای نیکوتینی ۲۱ میلی‌گرمی،

سطح خونی نیکوتین را معادل نصف سیگار کشیدن بالا می‌برد. هیچ تفاوتی در کارایی و تأثیر انواع ۱۶ و ۲۴ میلی‌گرمی وجود ندارد. ۸ هفته استفاده از برچسب باندازه استفاده طولانی‌تر مؤثر است و هیچ مدرکی وجود ندارد که قطع تدریجی بهتر از قطع یکباره آن است.

راهنمای دوزهای مختلف برچسبها:

طول مدت درمان	دوز ابتدایی	گروه بیماران
حداقل ۸ هفته	۲۱ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۵ میلی‌گرم در ۱۶ ساعت	بیشتر از ۱۰ سیگار در روز و وزن بیشتر از ۴۵kg
حداقل ۸ هفته	۱۴ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۰ میلی‌گرم در ۱۶ ساعت	کمتر از ۱۰ سیگار در روز یا وزن کمتر از ۴۵kg یا بیماریهای قلبی عروقی

طول مدت پیشنهادی برای میگابات و Quit x، ۲۱ میلی‌گرمی برای ۶ هفته، ۱۴ میلی‌گرمی برای ۲ هفته، ۷ میلی‌گرم برای ۲ هفته؛ برای نیکوتینیل ۳۰cm^2 ، ۲۰cm^2 ، ۱۰cm^2 ، ۳ تا ۴ هفته مصرف برای هر دوز؛ برای نیکورت ۱۵ میلی‌گرمی برای ۱۲ هفته، ۱۰ میلی‌گرم برای ۲ هفته، ۵ میلی‌گرمی برای ۲ هفته.

اثرات موضعی شامل خارش گذرا، سوزش و گرمی محل استفاده می‌باشد که می‌تواند در ۴۷٪ از مصرف‌کنندگان برچسب ایجاد شود، اما معمولاً ملایم است و بندرت منجر به عدم استفاده از برچسب در مصرف‌کنندگان می‌شود. اریتما (قرمزی پوست) هم می‌تواند رخ دهد اما معمولاً بیشتر از ۲۴ ساعت طول نمی‌کشد. کرم هیدروکورتیزون (در ۵۰٪ موارد) می‌تواند در این شرایط مؤثر باشد. در آلرژی تماسی هم که در ۳-۲٪ از افراد مصرف‌کننده بطور ناشایع رخ می‌دهد، باید مصرف برچسبها متوقف شود. بیماران باید برچسب را در محل‌های خشک و بدون مو و در بالای بازو بکار ببرند. تغییر دادن محل استفاده برچسب احتمال واکنش‌های پوستی را کم می‌کند. اختلال خواب مانند بی‌خوابی و کابوس می‌تواند رخ دهد. اگر اختلالات خواب مشکل ایجاد نماید، می‌توان برچسب را در طی شب برداشت یا از برچسب ۱۶ ساعته در اوایل روز استفاده کرد. بعد از برداشتن برچسب، جذب نیکوتین تا ۲ ساعت از طریق پوست ادامه می‌یابد.

آدامس نیکوتین

سطح خونی بدست آمده از مصرف آدامسهای نیکوتینی در آدامسهای ۲ میلی‌گرمی یک سوم و

در ۴ میلی‌گرمی سه چهارم افرادی است که سیگار می‌کشند. شواهدی وجود دارد که در سیگاریهایی که بیشتر وابسته‌اند (بیش از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند) آدامس ۴ میلی‌گرمی درصد ترک بالاتری نسبت به آدامس ۲ میلی‌گرمی دارد. روش جویدن صحیح در میزان جذب نیکوتین از طریق مخاط دهانی مهم است. بیماران باید آدامس را به آرامی بجوند (حدود ۱۵ بار) تا مزه تند و سوزنده نیکوتین را متوجه شوند. سپس آدامس را داخل دهان یا زیر زبان برای ۲-۱ دقیقه نگه دارند تا این مزه از بین برود و این چرخه را تا ۳۰ دقیقه ادامه دهند. توصیه می‌شود که حداقل ۸-۱۲ قطعه آدامس در روزهای ابتدایی استفاده شود یا طبق یک برنامه ثابت یک قطعه آدامس در هر ساعت مصرف شود زیرا آدامس اگر بطور منظم استفاده شود، مؤثرتر است. تجربیات بدست آمده در ایران مقدار کمتر مصرف و موفقیت در ترک را نشان می‌دهد. یک مشکل عمده، مصرف کمتر از حد آدامس می‌باشد که در این زمینه، مصرف ۳ ماهه بدنال یک دوره قطع تدریجی از طرف سازندگان پیشنهاد می‌شود. اثرات جانبی جویدن بسیار سریع آدامس شامل اختلالات دستگاه گوارش، سوزش سردل، تهوع، سسکسه و گاهی سردرد می‌باشد. سایر اثرات جانبی شامل درد ناحیه فک و مشکلات دندانی می‌باشند. افرادی که دندان مصنوعی دارند نباید از آدامس استفاده کنند. وابستگی به آدامس نیز ممکن است ایجاد شود با این حال هر چند این حالت ایده‌آل نیست ولی از سیگارکشیدن مطمئن‌تر است.

شواهد

در مواردی که این عوارض وجود دارد بایستی نیمی از یک آدامس را مصرف نمود. در افرادی که بیشتر از ۲۰ سیگار در روز می‌کشند آدامس ۴ میلی‌گرمی مؤثرتر از ۲ میلی‌گرمی است.

توصیه

اگر آدامس نیکوتینی بعنوان NRT انتخاب می‌شود، آدامس ۴ میلی‌گرمی باید برای سیگاریهای قهار پیشنهاد شود.

استنشاق‌کننده نیکوتینی

این دستگاه از یک قسمت دهانی پلاستیکی و یک کارتریج که محتوی ۱۰ میلی‌گرم نیکوتین می‌باشد، تشکیل شده است. با اینکه این دستگاه استنشاق‌کننده نامیده می‌شود ولی جذب

نیکوتین آن از طریق مخاط دهانی است نه از طریق مجاری تنفسی. استنشاق کننده غلظت خونی نیکوتین را در حدود یک سوم سیگار کشیدن ایجاد می‌کند. استنشاق کننده برای سیگاریهایی بکار می‌رود که عادت بردن دست به دهان آنها را رنج می‌دهد. یک مطالعه که ۴ نوع NRT از ۶ نوع را مستقیماً مقایسه می‌کرد، نشان داد که هیچ تفاوتی در درصد ترک یا علائم محرومیت در این انواع وجود ندارد. اگرچه پذیرش استنشاق کننده و اسپری بینی کمتر می‌باشد. درمان پیشنهادی، ۱۲-۶ کارتریج در روز برای ۱۲ هفته، ۳-۶ تا برای ۲ هفته و ۳-۱ عدد برای ۲ هفته می‌باشد. شایعترین عوارض جانبی شامل سرفه، سردرد، سوزش سردل، تهوع، سکسکه، تحریک گلو و گاه‌گاهی اختلال در چشایی و تحریک سینوسها می‌باشند.

قرصهای لوزی شکل نیکوتین:

قرصهای لوزی شکل از سال ۲۰۰۲ در دسترس می‌باشند. در یک بررسی ۱۲ ماهه، میزان odd ratio برای دوزهای ۲ میلی‌گرمی ۲/۱ (CI %۹۵، ۱/۵۹، ۲/۷۹) و برای دوز ۴ میلی‌گرمی ۲/۶۹ (CI %۹۵، ۱/۶۹، ۴/۲۹) بود. انتخاب دوز مناسب در این مطالعه بر اساس زمان کشیدن اولین سیگار در روز تعیین شده بود. اگر بیماران اولین سیگار خود را در نیم ساعت اول پس از برخاستن از خواب روشن کنند، دوز ۴ میلی‌گرمی مناسب است. جذب نیکوتین قرصهای زیرزبانی از طریق مخاط دهانی می‌باشد. این نوع از NRT برای افرادی مناسب است که انواع سریع NRT دهانی را می‌پسندند ولی بعلت مشکلات آدامس نیکوتینی از آن استفاده نمی‌کنند. (مانند آنانی که دندان مصنوعی دارند)

قرصهای زیرزبانی نیکوتینی:

جدیدترین نوع NRT موجود می‌باشد. قرصهای کوچک زیرزبانی در زیر زبان نگه‌داشته می‌شوند تا بتدریج طی ۳۰ دقیقه حل شوند و نیکوتین آن از طریق زیرزبانی جذب شود. همانند قرص لوزی شکل مزیت آن این است که احتیاج به جویدن ندارد. سطح نیکوتین بدست آمده از قرصهای ۲ میلی‌گرمی زیرزبانی مشابه با دوز مشابه آدامس و قرص لوزی شکل می‌باشد. سیگاریهایی که بسیار وابسته هستند باید از ۲ قرص ۲ میلی‌گرمی هر ۲-۱ ساعت استفاده کنند. در یک مطالعه تصادفی درصد ترک در ۶ ماه در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر بود که قابل مقایسه با سایر انواع NRT می‌باشد.

دوزهای بالاتر و درمانهای ترکیبی جایگزین نیکوتین

سیگارهای بسیار وابسته (۲۰ سیگار یا بیشتر در روز) از آدامس‌های ۴ میلی‌گرمی بیشتر از ۲ میلی‌گرمی سود می‌برند. همچنین ممکن است برچسبهای با دوزهای بالاتر نسبت به برچسبهای ۱۵ تا ۵۲ میلی‌گرمی ۱۶ یا ۲۴ ساعته فواید بیشتری داشته باشد. اگرچه هنوز در اطلاعات دارویی NRT ثابت نشده است، درمانهای سریع‌الاث‌ر مانند آدامسها که تسکین سریع ایجاد می‌کنند و داروهای کند اثر مانند برچسبها که در مطالعات مختلفی مورد تجویز قرار گرفته و با یکدیگر مقایسه شده‌اند بر یکدیگر ارجحیت دارند. یک متآنالیز از درمانهای ترکیبی نشان داد که درمانهای ترکیبی تقریباً شانس ترک را در ۱۲ ماه در مقایسه با درمان با یک نوع از دارو دو برابر می‌کند. همانند سایر بیماران که از NRT استفاده می‌کنند بیمارانی که از دوزهای بالا و درمانهای ترکیبی استفاده می‌کنند باید از نظر علائم افزایش دوز یا کاهش آن مورد بررسی قرار گیرند.

شواهد

در بسیاری از سیگارهای وابسته استفاده از درمانهای ترکیبی با انواع مختلف NRT مؤثرتر از یک نوع درمان به تنهایی می‌باشد.

توصیه

درمان ترکیبی NRT در بیمارانی که قادر نیستند در ترک بمانند یا علائم محرومیت آنها علیرغم مصرف یک نوع NRT ادامه دارد، باید تجویز شود.

فطر درمانهای جایگزین نیکوتین

در اطلاعات بدست آمده ثابت شده NRT برای بعضی بیماران منع مصرف دارد. در افرادی که سابقه انفارکتوس میوکارد اخیر، آنژین صدری ناپایدار یا سکته‌های مغزی CVA داشته‌اند، متخصصان بالینی ممکن است استفاده از NRT را بر ادامه دادن مصرف سیگار ترجیح دهند. توصیه یک متخصص قلب می‌تواند به پزشک عمومی در تصمیم‌گیری برای تجویز NRT کمک کند. بیمار باید از خطرات و فواید آن آگاه شود. انفارکتوس میوکارد اخیر به بروز انفارکتوس در طی ۲ هفته اخیر اطلاق می‌شود.

جدول زیر موارد منع مصرف را بطور خلاصه آورده است:

آدامس	افراد غیرسیگاری، شیردهی، بارداری، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)
برچسب	افراد غیرسیگاری، انفارکتوس میوکارد حاد، آنژین صدری ناپایدار، آریتمی شدید، CVA اخیر، بیماری پوستی (حساسیت به برچسب)، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)، بارداری، شیردهی
قرص لوزی شکل	افراد غیرسیگاری، بیماری فنیل کتون اوری، آنژین ناپایدار، آنژین پریزمتال، آریتمی شدید، MI اخیر، سکنه مغزی، بارداری، شیردهی، کودکان (کمتر از ۱۲ سال)
قرص زیرزبانی	افراد غیرسیگاری، MI اخیر، آنژین ناپایدار، آریتمی شدید فاز حاد سکنه مغزی، بارداری، کودکان

شواهد

هیچ شواهدی از افزایش خطر در اثر مصرف NRT در افرادی با وضعیت پایدار قلبی عروقی وجود ندارد. مطالعات متعددی ثابت کرده که هیچ رابطه‌ای بین برچسب نیکوتینی و حوادث قلبی حاد وجود ندارد.

توصیه

NRT می‌تواند بطور مطمئن در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی پایدار تجویز شود. NRT باید در موارد MI اخیر، آنژین ناپایدار، آریتمی شدید یا CVA اخیر با احتیاط تجویز شود. این بیماران باید از صدمات ناشی از ادامه دادن سیگار کشیدن آگاه شوند.

اطلاعات بدست آمده و ثابت شده در تمامی انواع NRT نشان می‌دهد که همگی در بارداری و شیردهی منع مصرف دارند. مطالعات انسانی در مصرف NRT در دوران حاملگی و شیردهی محدودند و اثرات میزان کم نیکوتین بر جنین انسانی غیرمشخص است. راهنمای ترک سیگار که در انگلیس، ایالات متحده و نیوزیلند تهیه شده پیشنهاد می‌کند که روشهای غیردارویی ترک سیگار در حاملگی ترجیح داده می‌شوند. براساس راهنمای ایالات متحده، خطر استفاده از درمانهای دارویی در بارداری و زمانی که زن باردار به دلایلی قادر به ترک نمی‌باشد کمتر از

ادامه مصرف سیگار می‌باشد. زنان باید در مورد فواید و مضرات دارو تحت مشاوره قرار بگیرند تا بتوانند یک تصمیم آگاهانه را اتخاذ نمایند. کتاب پزشکی استرالیا نشان می‌دهد که در دوران شیردهی مقایسه خطرات و فواید به نفع استفاده از درمان جایگزین می‌باشد.

شواهد

شواهدی از بی‌خطر بودن NRT در حاملگی وجود ندارد اما گزارش‌های کمیته‌های تخصصی استفاده از آن را در بعضی موقعیتها توصیه می‌کند.

توصیه

درمان دارویی با NRT در شرایطی که زن باردار قادر به ترک نمی‌باشد و احتمالاً فواید ترک بر خطرات NRT و ادامه دادن به مصرف سیگار غلبه دارد باید در نظر گرفته شود.

افزایش دوز نیکوتین زمانی رخ می‌دهد که بیمار از دوز بالای درمانهای جایگزین استفاده می‌کند یا به سیگار کشیدن در حین استفاده از NRT ادامه می‌دهد. شایعترین علائم افزایش دوز نیکوتین شامل رنگ‌پریدگی، تعریق سرد، تهوع، افزایش ضربان قلب و بی‌قراری می‌باشد. علائمی که کمتر شایعند عبارتند از افزایش بزاق، استفراغ، درد شکمی، اسهال، سردرد، سرگیجه، اختلال بینایی و شنوایی، ترمور، اختلال تمرکز و ضعف. اگر این علائم در اثر مصرف دوزهای بسیار بالای NRT باشند، دوز NRT باید واضحاً کاهش یابد و اگر وابسته به ادامه سیگار کشیدن در حین مصرف NRT باشد لازم است که بیمار سیگار کشیدن را در زمان مصرف NRT ترک کند.

بوپروپیون آهسته‌رهش (زیبان)

زیبان یک درمان خوراکی غیرنیکوتینی است که به ترک سیگار کمک می‌کند. بوپروپیون یک بازدارنده ضعیف نسبی جذب نورونی نورآدرنالین و دوپامین می‌باشد که حداقل اثرات را بر سروتونین دارد و منوآمین اکسیداز را مهار نمی‌کند. مکانیسمی که توسط آن بوپروپیون توانایی بیماران را برای ترک سیگار افزایش می‌دهد شناخته نشده است.

اگرچه به نظر می‌رسد که این عمل توسط مکانیسم‌های مرکزی نورآدرنرژیک یا دوپامینرژیک انجام می‌شود. بوپروپیون به کاهش علائم محرومیت در ارتباط با ترک سیگار کمک می‌کند. در مطالعات کارآزمایی بالینی یا در بررسی بر روی جمعیت عمومی ثابت شده است که این دارو

دارای خاصیت وابستگی‌آور نمی‌باشد. بوپروپیون در یک برنامه درمانی، بعنوان یک درمان کمکی کوتاه مدت برای افراد وابسته به نیکوتین، باهدف افزایش باقی ماندن در ترک تجویز می‌شود. بوپروپیون بصورت یک درمان اولیه ۳۰ قرص و سپس ۶۰ قرص تجویز می‌شود. تنظیم باید در اولین مشاوره انجام شود و سپس در جلسه پیگیری ارزیابی گردد. این جلسه پیگیری یک فرصت با ارزش برای حمایت از مراحل ترک و تشویق کیفیت مصرف بوپروپیون می‌باشد. بوپروپیون یک درمان مؤثر در ترک سیگار می‌باشد. استفاده از بوپروپیون در طی ۶ ماه پیگیری تقریباً شانس ترک را در مقایسه با شبه دارو دو برابر می‌کند (۳۰/۵٪ در مقابل ۱۷/۳٪) (۲۳/۳، ۳۷/۸ CI:۹۵٪) (زمانیکه بعنوان بخشی از یک برنامه درمانی مؤثر و پیگیری‌های منظم و استراتژیهای مختصر رفتاری باشد). یک بررسی اخیر از بوپروپیون در ترک سیگار نشان می‌دهد که این دارو در طیفی از جمعیت بیماران که مشکلات قلبی، تنفسی و افسردگی دارند مؤثر است. بوپروپیون بطور مشخصی مؤثرتر از شبه دارو در بیماران COPD می‌باشد (ترک در ۱۶ ماه ۱۶٪ است در مقایسه با ۹٪). این در شرایطی است که ترک سیگار حداکثر اهمیت را دارد. در یک مطالعه بوپروپیون مؤثرتر از برچسب نیکوتینی گزارش شده است اما شواهد بیشتری برای مقایسه درمانهای دارویی با یکدیگر مورد نیاز می‌باشد.

شواهد

بوپروپیون آهسته رهش یک درمان دارویی مؤثر برای ترک سیگار می‌باشد

توصیه

بوپروپیون باید برای افراد سیگاری که از نظر کلینیکی برای این درمان مناسبند، همراه با مشاوره تجویز شود.

بوپروپیون در بیماران زیر منع مصرف دارد:

- حساسیت به بوپروپیون
- سابقه قبلی یا فعلی تشنج
- تومورهای شناخته شده دستگاه عصبی مرکزی CNS
- علائم محرومیت ناگهانی از الکل یا بنزودیازپین‌ها
- سابقه قبلی یا فعلی پرخوری عصبی یا بی‌اشتهایی عصبی
- کسانی که مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز را طی ۱۴ روز اخیر مصرف کرده‌اند.

بیماران با ریسک فاکتورهای مستعدکننده تشنج نباید بوپروپیون مصرف کنند مگر فوائد ترک سیگار از افزایش خطر تشنج بیشتر باشد. فاکتورهای مستعدکننده تشنج عبارتند از:

- مصرف همزمان داروهایی که آستانه تشنج را کم می‌کنند مانند ضدسایکوزها، ضدافسردگیها (مانند SSRIها و سه حلقه‌ایها) داروهای ضد مالاریا، ترامادول، تئوفیلین، استروئیدهای سیستمیک، کینولون‌ها و آنتی‌هیستامینهای خواب‌آور
- سوء مصرف الکل
- سابقه ضربه مغزی
- دیابت‌های درمان شده با هایپوگلیسمی با انسولین
- استفاده از مواد محرک یا محصولات آنورتیک. همچنین در بیماران اسکیزوفرنی بعلت احتمال تشدید اپی‌زودهای سایکوز.
- بی‌خطر بودن بوپروپیون در حاملگی ثابت نشده است. مقادیر کم بوپروپیون و متابولیت‌های آن در شیرمادر ترشح می‌شوند. بی‌خطر بودن و کارآیی دارو در بیماران زیر ۱۸ سال ثابت نشده است.

در مطالعه‌ای که توسط جورن بای و همکاران (۱۹۹۹) انجام شد، شایعترین عوارض جانبی بصورت بی‌خوابی (۰/۴۲٪)، سردرد (۰/۲۶٪)، خشکی دهان (۰/۱۱٪)، سرگیجه (۰/۱۱٪)، تهوع (۰/۱۰٪) و اضطراب (۰/۹٪) گزارش شد. خطر تشنج ۰/۱٪ (۱/۱۰۰۰) بوده و بیماران باید از عوارض جانبی احتمالی آن مطلع شوند. واکنش‌های بیماری سرم مانند آرترالژی، میالژی و تب می‌تواند همراه با راش‌های پوستی تظاهر نماید که معمولاً ۲۰-۱۰ روز بعد از شروع مصرف بوپروپیون رخ می‌دهند. دوز حداکثر و دوز توصیه شده بوپروپیون ۳۰۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد که بصورت ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز داده می‌شود. دوز ابتدایی ۱۵۰ میلی‌گرم است که یکبار در روز برای ۷ روز تجویز می‌شود و به ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز با فاصله حداقل ۸ ساعت افزایش داده می‌شود. درمان با بوپروپیون باید در زمانی که بیماران هنوز سیگار می‌کشند آغاز شود و ترک باید در هفته دوم درمان انجام شود و دارو حداقل برای ۷ هفته ادامه یابد. به نظر می‌رسد که درمان با بوپروپیون افزایش وزن مرتبط با ترک سیگار را به تأخیر می‌اندازد.

در یک مطالعه تصادفی کنترل شده توسط جورن بای و همکاران (۱۹۹۹)، ترکیب بوپروپیون با برچسب نیکوتینی بطور مشخص مؤثرتر از برچسب به تنهایی می‌باشد (درصد ترک در ۱۲ ماه در درمان ترکیبی ۳۵/۵٪ در مقایسه با ۱۶/۴٪ می‌باشد) اما این درمان ترکیبی بطور

معنی‌داری بهتر از بوپروپیون به تنهایی نمی‌باشد (۳/۳۰٪) در مطالعه دیگر بالا رفتن فشار خون در بعضی بیماران در مصرف همزمان بوپروپیون و برچسب نیکوتینی مشاهده شده است. این حالت در افرادی که سابقه افزایش فشار خون قبلی دارند، شایعتر می‌باشد.

شواهد

درمان ترکیبی با بوپروپیون و برچسب نیکوتینی مؤثر است.

توصیه

درمان ترکیبی با بوپروپیون و برچسب نیکوتینی باید برای درمان افراد سیگاری بکار رود که قبلاً در ترک با یکی از این درمانها موفق نبوده‌اند. فشار خون باید در طی درمان اندازه‌گیری شود.

سایر انواع درمانهای دارویی

بررسی سیستماتیک کوچران بر روی ضدافسردگیهایی که در ترک سیگار بکار می‌روند نشان داد که شواهدی از تأثیر نورتریپتیلین وجود دارد. (هوگس و همکاران ۲۰۰۳) اثر نورتریپتیلین توسط فیور و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز بررسی شد. در یک متاآنالیز بر روی سه مطالعه درصد ترک ۳۰/۱٪ (CI/۹۵، ۱۸/۱، ۴۱/۶) در مقابل ۱۱/۷٪ در گروه شبه دارو بود. مصرف نورتریپتیلین بخاطر عوارض جانبی آن مانند خواب‌آلودگی، خشکی دهان، سرگیجه و سبکی سر، محدود است. همچنین خطر آریتمی در بیمارانی که بیماری قلبی عروقی دارند، وجود دارد. به نظر نمی‌رسد در افراد با سابقه افسردگی کارآیی نورتریپتیلین تحت تأثیر قرار بگیرد.

شواهد

نورتریپتیلین یک درمان مؤثر ترک سیگار در افراد با و یا بدون سابقه افسردگی می‌باشد.

توصیه

نورتریپتیلین باید بخاطر عوارض جانبی‌اش بعنوان یک داروی خط دوم درمان مدنظر گرفته شود.

کلونیدین یک آگونیست مرکزی آدرنرژیک است که برای کاهش علائم محرومیت بویژه هوس

سیگار کشیدن بکار می‌رود. در یک متاآنالیز بر روی ۵ مطالعه توسط فیور و همکاران (۲۰۰۰)، کلونیدین درصد ترک را در ۵ ماه در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر می‌کند. عوارض جانبی کلونیدین بویژه در هایپوتانسیون وضعیتی، بطور گسترده‌ای مصرف آن را در ترک سیگار محدود کرده است. نالتروکسن یک آگونیست مخدر طولانی‌اثر است که کمکی در ترک سیگار به شمار نمی‌رود. در یک مطالعه که ۶۸ سیگاری در آن شرکت داشتند هیچ تفاوت واضحی در درصد ترک بین نالتروکسون و گروه شبه دارو وجود نداشت. بررسی کوچران در مورد مصرف ضد اضطرابها در ترک سیگار نشان داد که هیچ شواهدی در تأثیر این داروها بر ترک سیگار وجود ندارد، هرچند نتایج موجود نتوانستند اثرات احتمالی آنرا رد کنند.



انواع دیگر درمانهای ترک سیگار

طب سوزنی

طب سوزنی بعنوان روش کمکی در ترک سیگار موضوع تعدادی از مطالعات می‌باشد. در دو مطالعه متاآنالیز نتایج مورد بررسی قرار گرفت که هیچ تفاوت واضحی بین طب سوزنی فعال یا غیرفعال مشاهده نشد.

هیپنوتیزم

هیپنوتیزم روش کمکی دیگری در ترک سیگار به شمار می‌رود که موضوع تعدادی از مطالعات می‌باشد (مانند بعضی مطالعات کنترل شده). اما بررسی سیستماتیک کوچران نشان داد که بین روشها و نتایج بدست آمده از متاآنالیز مقالات ناهمگونی وجود دارد. همچنین نشان داده شد که هیپنوتیزم در ترک ۶ ماهه نسبت به سایر مداخلات یا حتی عدم درمان تأثیر بیشتری ندارد.

شواهد

هیچ تأثیر واضحی از طب سوزنی یا هیپنوتیزم در ترک سیگار دیده نشده است.

توصیه

با توجه به مدارک موجود، طب سوزنی و هیپنوتیزم بعنوان روش ترک سیگار توصیه نمی‌شوند.

با این وجود به نظر می‌رسد در مواردی که از روش‌های استاندارد ترک سیگار موفقیتی بدست نمی‌آید نبایستی این افراد را از شانس استفاده از دیگر روش‌ها محروم نمود.

ترک سیگار و سایر داروهای مصرفی

سیگار کشیدن بر متابولیسم داروها بویژه ضدافسردگی‌ها، تئوفیلین، انسولین و وارفارین تأثیر دارد. داروهای ضد افسردگی و آنتی سایکوتیک که متابولیسم آنها توسط سیگار تحت تأثیر قرار می‌گیرد شامل کلوزاپین، فلوفنازین، دکانات، هالوپریدول و الانزاپین می‌باشند. در این موارد کاهش دوز بعد از ترک سیگار ممکن است لازم باشد تا موجب کاهش عوارض جانبی آنها شود. توصیه یا مشاوره با یک روانپزشک ممکن است ضروری باشد. در افراد سیگاری متابولیسم تئوفیلین بسیار سریعتر می‌شود. در نتیجه پس از ترک کاهش دوز آن لازم است. در طی ۷ روز پس از ترک کلیرانس تئوفیلین تا ۳۵٪ کاهش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود که سطح خونی دارو چک شده و سپس دوز آن تنظیم شود. جذب انسولین با سیگار کشیدن می‌تواند کاهش یابد بنابراین ترک می‌تواند منجر به افزایش جذب و در نتیجه خطر هایپوگلیسمی شود. در این موارد کنترل قند خون همراه با کاهش دوز انسولین ممکن است ضروری باشد. کنترل ضدانعقادها در زمان ترک سیگار و آزمایشات مربوطه (PT) و تنظیم دوز وارفارین توصیه می‌شود.

گروههای خاص

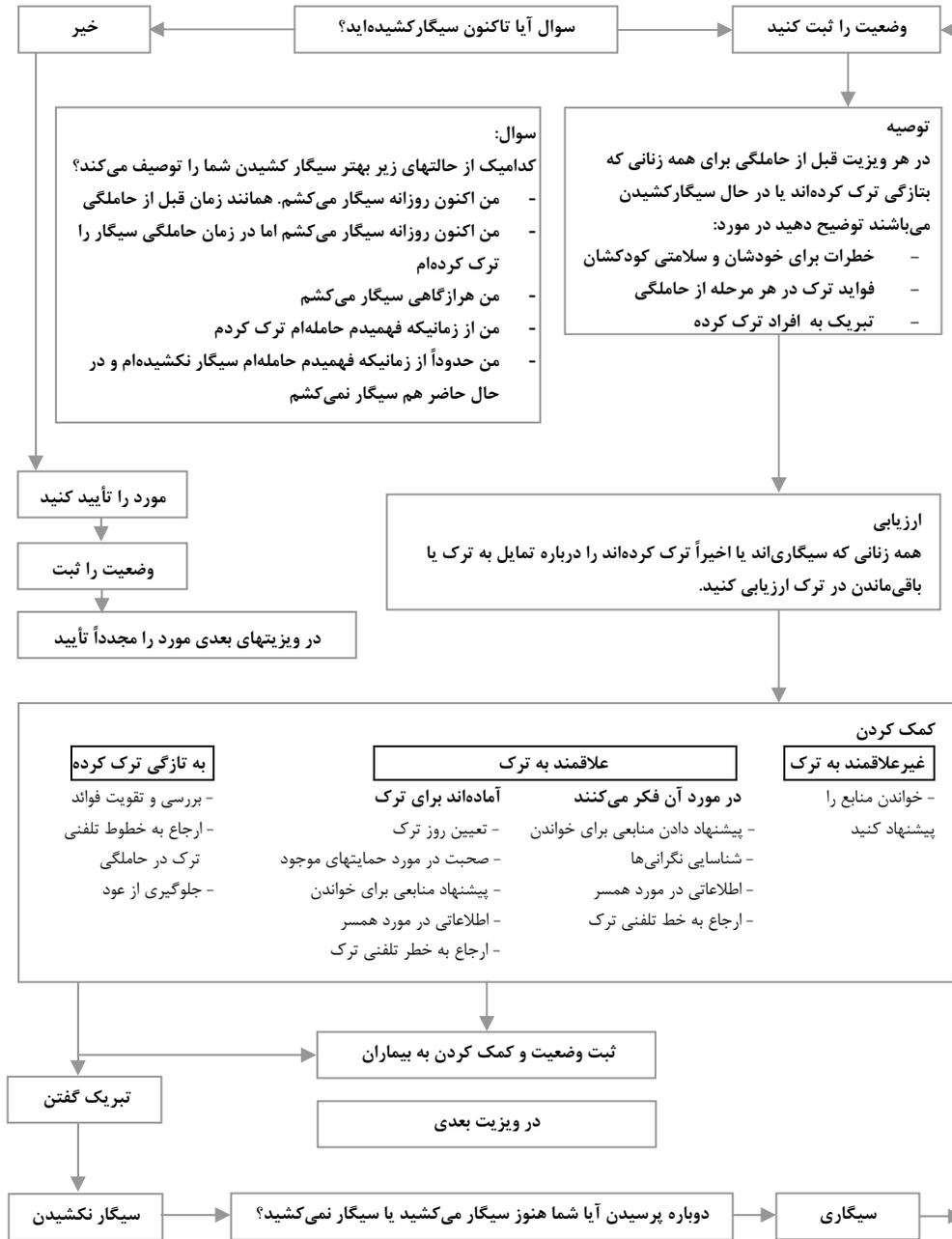
زنان حامله و شیرده

سیگار کشیدن توسط زنان حامله موجب طیفی از عوارض ناخواسته برجین می‌شود مانند سقط خودبخودی، کاهش رشد جنین، تولد زودرس، وزن کم در زمان تولد، جداشدن جفت، مرگ ناگهانی نوزادان، شکاف کام و لب و سرطانه‌های دوران کودکی. تقریباً ۳۰٪ از زنان استرالیایی در زمانیکه حامله می‌شوند سیگاری‌اند و ۲۳٪ از آنان به سیگار کشیدن در طی حاملگی ادامه می‌دهند.

بسیار مهم است که بدانیم بیشترین درصد دروغ و فریب راجع به ترک سیگار (بین ۳۰ تا ۵۰٪) در طی حاملگی گزارش شده است. زیرا زنان با پذیرش سیگار کشیدن خود در طی حاملگی ممکن است احساس گناه کرده و یا افسرده شوند. به این دلیل بهتر است که وضعیت سیگار کشیدن در طی حاملگی به جای انجام مصاحبه توسط پرسشنامه‌های نوشتاری مورد بررسی قرار گیرد.

تقریباً ۲۰ تا ۳۰٪ از زنان سیگاری زمانیکه باردار می‌شوند، ترک می‌کنند اما حدود ۷۰٪ از آنان در طی حاملگی یا بعد از تولد کودک مجدداً سیگاری می‌شوند (عود می‌کنند). این گروه از نظر شناسایی و تشویق به ترک بسیار مهم هستند. شواهدی از کارآیی مداخلات ترک سیگار در طی حاملگی وجود دارد. یک متاآنالیز نشان داد که در معرض قرار دادن این افراد با هر یک از مداخلات ترک سیگار، درصد زنانی را که در طی حاملگی به سیگار کشیدن ادامه می‌دهند را به نصف تقلیل می‌دهد. مهم است که از ویژگیهای بعد از زایمان هم بعنوان فرصتهایی برای صحبت در مورد عوامل خطر رفتاری مانند سیگار کشیدن استفاده شود. میزان عود در دوران بعد از زایمان بالا است. در حالیکه شواهد نشان می‌دهد که مداخلات ترک سیگار در این زنان می‌تواند این میزان را کاهش دهد. الگوریتمی بر پایه ۵A برای مداخلات ترک سیگار در زنان حامله توسط کوئیت ویکتوریا در صفحه بعد آمده است.

مدافله ترک سیگار در زنان حامله



بعضی پیشنهادات برای انجام مداخلات مختصر:

کمک به تصمیم‌گیری	کمک در تلاش برای ترک سیگار	کمک در باقی ماندن در ترک
<p>بحث کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مشکلات - تصمیم‌گیری - موانع ترک - فوائد ترک در حاملگی 	<p>بحث کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ۳ جنبه از وابستگی - علائم محرومیت - روشهای ترک - موارد کمک به ترک - اهمیت ترک برای شخص به اندازه اهمیت آن برای کودک است. <p>برنامه:</p> <ul style="list-style-type: none"> - استراتژیهای ترک - سیستم پاداش دادن - چهارچوب حمایتی 	<ul style="list-style-type: none"> - تبریک برای ترک - بالا بردن اعتماد به نفس - بررسی دلایل ترک - تشویق هنوز غیرسیگاری بودن <p>بحث کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در مورد زمانهای پرخطر مانند حاملگی، پس از زایمان، التیام زخمها - منابع و حمایت‌های موجود را یادآوری کنید.

شواهد

شواهد کافی در مورد بی‌خطر بودن درمانهای دارویی در حاملگی وجود ندارد البته گزارشهایی وجود دارد که مصرف آن در بعضی شرایط توصیه می‌شود.

توصیه

درمان دارویی باید برای یک زن حامله که قادر به ترک نمی‌باشد و زمانیکه احتمال و فوائد ترک بر خطرات درمان دارویی و یا ادامه دادن به سیگار کشیدن غلبه دارد، در نظر گرفته شود.

نوجوانی و بلوغ:

این سنین، اولین زمانی هستند که سیگار کشیدن آغاز می‌شود و تغییر از حالت تجربه به وابستگی رخ می‌دهد. مطالعات جهانی در سال ۲۰۰۲ نشان می‌دهد که ۱۵٪ از جوانان بین سنین ۱۴-۱۹ سال سیگاری روزانه هستند. هیچ تفاوت واضحی بین جنسیت وجود ندارد.

(۱۶/۲٪ در دختران و ۱۴/۱٪ در پسران) دلیل شروع سیگار کشیدن در جوانان متفاوت است و بستگی به ساختار اجتماعی و خانوادگی، تبلیغات، تأثیر همکلاسی‌ها، سیگار کشیدن والدین، کنترل وزن و کنجکاوای دارد. جمع‌آوری، تشویق و نگهداشتن نوجوان در برنامه‌های متداول ترک مشکل است و نیاز به فاکتورهای تعیین‌کننده عمده مداخله با توجه به گروه هدف جوانان دارد. بر اساس نتایج تحقیقی که در سال ۱۳۸۲ در مرکز تحقیقات بیماریهای ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است ۲۸/۹٪ دانش‌آموزان (۲۵/۵٪ پسران و ۳۰/۸٪ دختران) به صورت گهگاهی سیگار مصرف می‌کنند و ۴/۴٪ دانش‌آموزان (۱/۶٪ دختران و ۶/۱٪ پسران) به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند.

بر اساس نتایج این مطالعه، ۲۳/۶٪ دانش‌آموزانی که هیچیک از افراد خانواده آنها سیگار نمی‌کشند بطور گهگاهی سیگار می‌کشند در حالیکه ۵۳/۴٪ دانش‌آموزانی که بیش از یک نفر از اعضای خانواده آنها سیگاری هستند مصرف سیگار گهگاهی دارند این شیوع برای مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان به ترتیب ۲/۶٪ و ۱۴/۳٪ می‌باشد.

۲۷/۳٪ دانش‌آموزان که با هر دو والد خود زندگی می‌کنند به صورت گهگاهی مصرف سیگار دارند، در حالی که این میزان در دانش‌آموزانی که تنها با یکی از والدین خود زندگی می‌کنند ۵۲/۴٪ می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برای پیشگیری از تجربه شروع و ادامه مصرف سیگار در این دوره سنی آموزش و تشویق در عدم مصرف سیگار اعضای خانواده و تلاش در ایجاد و حفظ یک محیط آرام و صمیمانه در خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

برنامه‌های ترک کامپیوتری و اینترنتی وسایل بالقوه‌ای برای کمک به جوانان می‌باشند اما هیچ شواهد واضحی مبنی بر کارایی آنها وجود ندارد. دو نمونه از این وبسایت‌های بین‌المللی به شرح زیر می‌باشد:

www.oxygen.org.au

www.100incontrol.com

مهم است که پزشکان عمومی از فرصت‌های موجود برای صحبت در مورد سیگار کشیدن جوانان استفاده کنند. این حالت می‌تواند در هر زمانی اتفاق افتد حتی با اینکه این افراد جوان اغلب سالم هستند و بدفعات کم مراجعه می‌کنند. اگر مشکلات موجود وابسته به سیگار باشند، فرصتهایی را برای بحث در مورد سیگار فراهم می‌آورد. این مشکلات برپایه محیط خانه،

تحصیلات و کار، فعالیت همکاران، داروها، مسائل جنسی، خودکشی و افسردگی است. پزشک عمومی می‌تواند پیامهای اجتماعی و فعالیتهای ضد دخانیات مدارس را تقویت کند و یک لیست کاربردی از منابع پیشگیری از سیگارکشیدن و فعالیتهای ترک در مدارس آماده کند. والدین باید آگاه شوند که مؤثرترین عاملی که می‌تواند از سیگارکشیدن نوجوانان جلوگیری کند عدم استعمال دخانیات توسط خود والدین می‌باشد و بسیار مهم است که جوانان در معرض محیطهای دخانیاتی قرار نگیرند.

مدارکی در مورد بی‌خطر بودن و کارآیی درمانهای دارویی در کودکان و نوجوانان وجود ندارد. در نوجوانان، درمان دارویی با NRT یا بوپروپیون باید در جایی که شواهدی از وابستگی به نیکوتین یا تمایل به ترک دخانیات وجود دارد در نظر گرفته شود.

افراد با بیماریهای وابسته به دخانیات

شواهد واضحی دال بر افزایش فوق‌العاده خطر بیماری در کسانی که علی‌رغم داشتن بیماریهای وابسته به دخانیات، همچنان به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند، وجود دارد. برای مثال، حملات قلبی ثانویه در بین بیماران قلبی اگر به سیگارکشیدن ادامه دهند شایعتر است همچنین افرادی با سرطانهای درمان شده موفق که به سیگارکشیدن ادامه می‌دهند در معرض خطر سرطان ثانویه قرار دارند. در افراد دیابتی که به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند خطر بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای عروق محیطی، گسترش نوروپاتی و نفروپاتی افزایش می‌یابد. یک رابطه واضح بین ادامه سیگارکشیدن و گسترش COPD نیز وجود دارد.

در یک مطالعه که بر روی بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی-عروقی انجام شد، مشاهده گشت که NRT با استفاده از برچسبهای مربوطه مؤثرتر از شبه دارو نمی‌باشد. به نظر می‌رسد در افراد سیگاری که از COPD خفیف تا متوسط رنج می‌برند، بوپروپیون آهسته رهش شانسی ترک را در ۶ ماه پیگیری در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر می‌کند (۱۶٪ در مقابل ۹٪). همچنین در یک مطالعه بر روی جمعیت سیگاری مزمن با سابقه مصرف ۵۰ pack/year سیگار و حداقل ۵ تلاش قبلی برای ترک نشان داده شد که نیمی از افراد از انفارکتوس میوکارد رنج می‌برند و یک چهارم آنها COPD با و یا بدون دیابت داشتند و میزان ترک پیوسته در ۶ ماه در بین افرادی که از بوپروپیون استفاده می‌کردند ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افرادی بود که شبه دارو دریافت کرده بودند.

در یک مطالعه توسط تونستاد و همکاران بر روی بیمارانی با بیماریهای قلبی- عروقی اثبات شده، میزان ترک پیوسته در ۱۲ ماه در بیمارانی که با پوپروپیون درمان شده بودند بیش از ۲ برابر شبه دارو گزارش گردید (۲۲٪ در مقابل ۹٪).

افراد با بیماریهای وابسته به دخانیات یا با سایر عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی مانند دیابت، فشار خون و اختلالات چربی برای یک برنامه پیشگیری چندین منظوره مناسب می‌باشند. این افراد بیمارانی بودند که شواهد واضحی از خطرات بیماریهای وابسته به دخانیات را ندارند و پزشکان عمومی می‌توانند نقشی حیاتی در این امر ایفا کنند. مثالهایی از مشارکت سایر متخصصان بهداشتی در این زمینه بستگی به مشکلات بهداشتی موجود دارد که می‌توان از آموزش‌دهندگان در مورد دیابت، داروسازان، پزشکان متخصص، پرستاران کادر درمانی و پرستاران سیستم بهداشت اولیه نام برد. در بعضی مناطق، مشاوران خطوط تلفنی ترک نیز این قابلیت را دارند که در یک برنامه مراقبتی وارد شوند.

شواهد

ادامه دادن به سیگار کشیدن یک فاکتور مهم در عود یا افزایش شدت بیماریهای وابسته به دخانیات می‌باشد.

توصیه

برنامه‌های ترک سیگار باید بر درمان افرادی با بیماریهای وابسته به دخانیات تمرکز کند.

افرادی با اختلالات روانی

شیوع سیگار کشیدن در افرادی با مشکلات بهداشتی روانی بیشتر می‌باشد و میزان آن بین ۵۰ تا ۸۰٪ می‌باشد. همچنین تخمین زده می‌شود که ۳۰٪ از افرادی که بدنبال درمان ترک سیگار می‌باشند ممکن است سابقه‌ای از افسردگی داشته باشند. میزان مشکلات روانی بهداشتی در بین سیگاریها بیش از جمعیت عادی می‌باشد. برای این افراد باید مداخلات ترک سیگار ویژه‌ای انجام شود.

وجود بیماریهای روانی منعی برای ترک سیگار به شمار نمی‌روند ولی بیماری و روند درمان آن لازم است که به دقت در طی ترک سیگار ثبت و بررسی شود. سیگاریهایی با سابقه قبلی افسردگی، ممکن است بدنبال ترک سیگار دچار افسردگی شده و در

معرض خطر بیشتر مشکلات وابسته به سیگار کشیدن باشند و لذا مشکلات بیشتری برای ترک دارند. زمان بازگشت به یک دوره جدید افسردگی از چندین هفته تا چندین ماه متفاوت می‌باشد. شواهدی وجود دارد که هم بوپروپیون و هم نورتریپتیلین بطور یکسان در افراد سیگاری با و یا بدون سابقه افسردگی مؤثرند. یک مطلب مهم در افراد سیگاری مبتلا به افسردگی آن است که بوپروپیون می‌تواند با تعدادی از داروهای ضدافسردگی بوسیله کم کردن آستانه تشنج یا سایر مکانیسم‌ها مداخله داشته باشد. لازم است در همراهی مصرف بوپروپیون با داروهای CYP₂D₆ متابولیزه می‌شوند احتیاط کرد (مانند ضدافسردگیهای ۳ حلقه‌ای و بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین). اگر این داروها در بیمارانی که بوپروپیون مصرف می‌کنند تجویز شود، لازم است که با کمترین دوز طیف درمانی کمتر تجویز شوند. بطور شایع بوپروپیون برای بیمارانی تجویز می‌شود که در حال مصرف داروهای ضدافسردگی می‌باشند. در این شرایط لازم است که دوز سه‌حلقه‌ایها یا SSRIها کاهش یابد. بوپروپیون نباید در بیمارانی که مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز مصرف می‌کنند، تجویز شود و ۱۴ روز فاصله بین قطع MAOIها و شروع بوپروپیون توصیه می‌شود. برای اطلاعات بیشتر تداخلات از بروشور اطلاعات زیان استفاده نمایید.

شواهد

بوپروپیون آهسته رهش در کمک به ترک سیگار افراد با سابقه افسردگی مؤثر است. نورتریپتیلین یک درمان مؤثر ترک در افراد با سابقه افسردگی می‌باشد.

توصیه

بوپروپیون آهسته رهش باید بعنوان یک درمان دارویی برای کمک به ترک در افراد سیگاری با سابقه فعلی یا قبلی افسردگی در نظر گرفته شود. نورتریپتیلین باید با توجه به عوارض جانبی آن بعنوان یک داروی خط دوم در نظر گرفته شود.

افراد با بیماریهای روان‌پریشی

شیوع سیگار کشیدن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌تواند تا ۹۰٪ باشد. نیکوتین می‌تواند بعضی علائم منفی روانی مانند عدم تحرک و کمبود انرژی را تعدیل کند و ممکن است علائم اندک و علائم تحریک روانی مانند هالوسیناسیون شنوایی را کاهش دهد. شواهدی وجود دارد

که بسیاری از افراد اسکیزوفرن درباره سیگار کشیدن نگرانند و برای ترک آن کمک می‌خواهند. راهنمای کاهش و ترک در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پیشنهاد می‌کند که پزشک همانطور که انگیزه فرد را برای ترک، بررسی می‌کند لازم است که خطرات ترک را هم بررسی و مورد توجه قرار دهد. نکات کلیدی خطر شامل دوره‌های بیشتر سایکوز، افسردگی و تغییر در اثرات دارویی و درمانی می‌باشد. یک راهنمای خلاصه در زیر آمده است:

جدول ۱: خلاصه راهنمای درمان سیگار در افرادی مبتلا به اسکیزوفرنی

-
- شناسایی سیگارها: تبریک بگویید اگر سیگاری نیستند.
 - ارزیابی آمادگی برای ترک: اگر آماده نیستند، یک دلیل مشخصی برای ترک پیدا کنید. سابقه سیگار کشیدن را بپرسید.
 - ارزیابی خطرات ترک سیگار:
 - خطر عود سایکوز: علائم معمول برای این بیمار را بشناسید.
 - خطر افسردگی: سابقه قبلی یا سابقه خانوادگی را بشناسید.
 - تغییر در اثرات دارویی: عوارض جانبی فعلی را در بیمار بشناسید (اگر وجود دارند).
 - یک برنامه فردی بنویسید: در صورتیکه اختلالات شناختی وجود داشته باشد یک برنامه نوشته شده مهم است.
 - از درمانهای جایگزین نیکوتین استفاده کنید: بطور واضحی درصد ترک افزایش می‌یابد و علائم محرومیت کم می‌شود.
 - درمانهای گروهی را توصیه کنید: به جلوگیری از عود کمک می‌کند.
 - بطور مداوم پیگیری کنید:
 - هر ۱-۳ روز بعد از ترک، مواجهه با هر مشکلی را توضیح دهید.
 - هر هفته برای ۱ ماه پیگیری کنید.
 - ارزیابی کنید:
 - عود سایکوز
 - افسردگی
 - تغییرات اثرات دارویی
 - هر ماه تا ۶ ماه پیگیری کنید.
 - به بررسی وضعیت روانی و دارویی ادامه دهید.
 - هر پیشرفتی را تشویق کنید.
 - این راهنما بصورت کامل در دپارتمان ویکتورینان در وب سایت: www.dhs.vic.gov.au/acmh/mh/publications قابل دسترسی می‌باشد.
-

این راهنما پیشنهاد می‌کند که بوپروپیون آهسته رهش برای استفاده روتین در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مناسب نیست. زیرا ممکن است سایکوز را تشدید و یا فرد را مستعد به سایکوز کند. راهنمای سین (SANE) همچنین خاطرنشان می‌سازد که بوپروپیون باید با مراقبت و احتیاط در افراد اسکیزوفرن و با آگاهی بیمار و تجویزکننده دارو از مشکلات احتمالی آن و با ارزیابی منظم، تجویز شود.

سیگارکشیدن بر سطح خونی برخی از داروهای استفاده شده در درمان بیماریهای روانی، از طریق القاء آنزیمهای کبدی توسط هیدروکربنهای موجود در دود سیگار اثر می‌کند. چندین مطالعه ثابت کرده که سیگارکشیدن، سطح خونی بعضی از عوامل نورولپتیک را تا ۵۰٪ کاهش می‌دهد. داروهای ضدسایکوزی که متابولیسم‌شان، از سیگارکشیدن تأثیر می‌پذیرد شامل کلوزاپین، فلوفنازین، هالوپریدول و اولانزاپین می‌باشند.

اگر شخصی سیگار را ترک و یا تعداد سیگارهای مصرفی را تا حد واضحی کاهش دهد، سطح خونی این داروها ممکن است افزایش یابد و عوارض جانبی مانند خواب‌آلودگی و افت فشار خون رخ دهد. مشاوره با یک روانپزشک در این زمینه برای تنظیم دوز داروها لازم است. به نظر نمی‌رسد متابولیسم بعضی از ضدسایکوزها مانند ریسپریدون و کویتاپین توسط سیگارکشیدن تحت تأثیر قرار بگیرد.

افراد دارای اختلالات سوء مصرف مواد:

سیگارکشیدن این افراد شایع است و ممکن است با سایر اختلالات سوء مصرف مواد مانند الکل، حشیش و وابستگی به مخدرها در ارتباط باشد. اگرچه ترک سیگار قسمت عمده مداخلات بالینی در این بیماران نمی‌باشد زیرا توجه معمولاً بر الکل یا سایر مواد غیرقانونی متمرکز است. با اینحال حدود ۲۰٪ یا بیشتر از افرادی که بدنبال سرویسهای ترک سیگار هستند ممکن است سابقه‌ای از سوء مصرف الکل یا وابستگی داشته باشند. شواهدی وجود دارد که افرادی دچار وابستگی به الکل درصد موفقیت مشابهی در ترک سیگار نسبت به جمعیت عمومی دارند و ترک دخانیات باعث عود مصرف الکل نمی‌شود. همچنین شواهدی وجود دارد که ادامه دادن مصرف سیگار بر درمان وابستگی به حشیش اثر معکوس دارد. موفقیت در ترک سیگار برای افرادی با وابستگی به تریاک کمتر از جمعیت عادی می‌باشد. بررسی و حمایت برای ترک سیگار در افرادی که دچار

مشکلات سوء مصرف مواد می‌باشند و همچنین مداخله سایر متخصصان بهداشتی مانند مشاوران در زمینه سوء مصرف مواد و الکل می‌تواند سودمند باشد.

براساس تجربیات بدست آمده در ایران جهت درمان موفقیت‌آمیز ترک سیگار افراد معتاد به دو گونه می‌توان عمل نمود. در روش اول، در یک زمان ترک سیگار و ترک مواد مخدر را می‌توان برنامه‌ریزی و هدایت نمود و در تاریخ مشخص هر دو درمان ترک انجام می‌پذیرد. در روش دیگر می‌توان ابتدا برنامه درمانی ترک مواد مخدر را به نتیجه رسانید و سپس تا زمانی حدود ۱ ماه بعد از آن برنامه ترک سیگار را اجرا نمود.

ضمیمه ۱ - خودآموز ترک سیگار

افراد سیگاری می‌توانند با استفاده از مطالبی که در ذیل می‌آید به صورت یک برنامه خودآموز روشهای ترک سیگار را انجام داده و در مورد مشکلات و عوارض ناشی از ترک راهنمایی‌های لازم کسب نمایند.

چرفه مراحل ترک سیگار

هر فرد سیگاری در دوران سیگار کشیدن خود در یکی از مراحل ذیل قرار دارد:

مرحله پیش‌تفکر

شما هیچ برنامه‌ای حداقل تا سال دیگر برای ترک سیگار ندارید.

مرحله تفکر اولیه

دیگران به شما توصیه می‌کنند که سیگار را ترک کنید اما شما حاضر به شنیدن آن نیستید. شما علاقمند هستید که اطلاعاتی در مورد ترک سیگار گرد آوری نمایید.

مرحله تفکر و تصمیم

در این مرحله شما شروع می‌کنید تا در مورد ترک سیگار فکر کنید. مایلید برنامه‌ای برای ترک سیگار ظرف ۶ ماه آینده تدارک ببینید. مایلید تغییراتی در برنامه روزانه سیگار تان ایجاد نمایید، تغییراتی از قبیل کاهش تعداد سیگارهایی که لزوماً در طول روز می‌کشید. شروع می‌کنید که بخودتان برای ترک سیگار انگیزه‌های لازم را بدهید. اکنون آمادگی لازم برای ترک سیگار را دارید. مایلید که تاریخ ترک سیگار را ظرف چند هفته آینده تعیین کنید. مایلید که تکنیک‌ها و استراتژی‌های جایگزین سیگار را بیاموزید.

مرحله تصمیم و عمل

مایلید که در نحوه زندگی خود تغییراتی بوجود آورید. شما آماده‌اید تا ناراحتی‌های کوتاه مدت را بخاطر منافع دراز مدت آن تحمل کنید. شما ظرف ۶ ماه گذشته، اقدام به ترک عملی سیگار کرده‌اید.

شما علاقمند هستید که زندگی بدون سیگار خود را ادامه داده و از بازگشت مجدد به سیگار جلوگیری بعمل آورید.

مرحله ابقا و بازگشت

شما در ۶ ماه گذشته سیگار را ترک کرده بودید اما الان دوباره سیگار می‌کشید.

انگیزه

شما ممکن است در گذشته با دور انداختن سیگار خود بطور آنی تصمیم به ترک سیگار گرفته باشید. ولی آنچه که شما بعد از چندین ساعت، روز، هفته و یا حتی ماه به آن میرسید بازگشت مجدد به سیگار می‌باشد. کنار گذاشتن سیگار یک تصمیم آنی نیست بلکه یک روند است که به مقدماتی برای موفق شدن نیاز دارد. بدون آمادگی مطلوب شما خود را در معرض شکست قرار خواهید داد و بالطبع تمایل خود را برای اقدام مجدد از دست خواهید داد، یا حتی ممکن است به این باور برسید که شما توانایی اقدام به این کار را ندارید.

اولین قدم در آماده ساختن خود برای ترک سیگار این است که انگیزه‌های خود را ارزیابی کنید. انگیزه‌های شما پایه‌های تعهدات شما به ترک سیگار می‌باشد. عزم راسخ، جرات، قدرت و ثبات واژه‌هایی هستند که توسط افراد سیگاری زمانیکه قصد ترک سیگار را دارند استفاده می‌شود. هر چند که برای ترک دائمی سیگار نیاز به قدرت، تعهد، درک، اراده و انگیزه‌های قوی می‌باشد. اخیراً، سیگاری‌ها با پیام‌های ترک کردن سیگار بمباران می‌گردند. هزینه‌های خرید سیگار افزایش یافته است، مکانهای عمومی مجاز برای سیگار کشیدن تقلیل یافته است و سیگار مقبولیت اجتماعی کمتری دارد. هر چند، این شواهد به تنهایی به افراد سیگاری انگیزه‌های لازم برای ترک سیگار را نمی‌دهد. بنابراین ضروری است که شما انگیزه‌های شخصی خود را مشخص سازید و آنها را ارزیابی کنید. اگر دلایل شما برای ترک سیگار برابر تمایل شما برای ادامه آن باشد، شانس شما برای ترک موفقیت آمیز سیگار کمتر است. اما اگر دلایل ترک سیگار وزن بیشتری داشته باشد، آن وقت زندگی شما بسوی یک زندگی بدون سیگار پیش می‌رود.

تأکید بر انگیزه‌ها

بر روی یک کاغذ دلایل خود را برای ترک سیگار بنویسید و این لیست را با خود به همراه داشته باشید. یا آنرا بروی یخچال یا در محلی بگذارید که همواره بشما یادآوری کند که در

روند ترک سیگار می‌باشید. همانطوری که بدنبال فندک و سیگار گشتن برای شما بصورت عادت در آمده است، خواندن این لیست را نیز بصورت عادت در آورید. دلایل خود را تا آنجا که می‌توانید بصورت مجاب کننده‌تر بنویسید. بعنوان مثال نام فرزندان خود را بنویسید و یا اینکه اگر هزینه خرید سیگار را پس انداز می‌کنید، بنویسید با آن می‌خواهید چکار کنید. نگران نباشید اگر این مرحله عملاً موجب ترک سیگار در شما نگردد، ولی در عوض عادت سیگار کشیدن را در ضمیر ناخودآگاه شما سست می‌کند و شما را برای مراحل بعد آماده می‌سازد.

بهبان‌های شخصی

حال که شما دلایل شخصی خود را در باب ترک کردن سیگار می‌دانید، وقت آن است که به مسئله‌ای که انگیزه‌های ترک سیگار را در بسیاری از افراد سیگاری کم‌رنگ می‌سازد بپردازیم و آن عبارت از بهانه‌جویی‌های شخصی است. هر فرد سیگاری بنحوی از بهانه‌های شخصی خود برای ترک نکردن سیگار استفاده کرده است. بهانه جویی، یعنی زمانیکه نکشیدن سیگار برایتان قابل تحمل نیست، وسوسه می‌شوید که دوباره به نیکوتین و سیگار باز گردید. اگر شما از نوع بهانه‌های خود، آگاهی داشته باشید، این قدرت را خواهید داشت تا عذر و بهانه‌ها را با جملاتی که برای سلامتی تان مفید باشد عوض کنید. پیغام‌های مثبت بنحو شگفت‌انگیزی انگیزه‌های شما را تقویت می‌کند. سعی کنید که پیغام‌های مثبت خود را جایگزین آن سازید. چند نمونه از این عذر و بهانه‌ها را تا بحال استفاده کرده‌اید؟

بهانه‌جویی: این زمان مناسبی برای ترک سیگار نیست زیرا در حال حاضر زندگی من پر از استرس می‌باشد.

پیغام جانشین: در زندگی من همیشه استرس وجود خواهد داشت. این فرصت خوبی خواهد بود تا یاد بگیرم زمانیکه استرس را تجربه می‌کنم چگونه از سالمترین راه از عهده مشکلات زندگی برآیم.

بهانه‌جویی: ترک کردن سیگار ارزش این همه رنج ندارد.

پیغام جانشین: تنها بمدت یک هفته ممکن است که دچار ناراحتی شوم، پس از آن بدن من شروع به بهبود می‌کند. ترک کردن سیگار ریسک ابتلا به بیماری‌های مربوط به سیگار و در نتیجه تحمل رنج‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد.

بهانه‌جویی: من جوانتر از آن هستم که سیگار آسیبی به بدن من برساند. ظرف چند سال آینده آنرا ترک می‌کنم.

پیغام جانشین: ممکن است که بدن من از نظر فیزیکی آسیبی نبیند ولی با هر سیگار هزاران عامل سرطان‌زا به سیستم گردش خون خود وارد می‌سازم و بدن خود را برای مشکلات فیزیکی در آینده آماده می‌سازم.

بهانه‌جویی: اگر سیگار را ترک کنم دچار اضافه وزن می‌گردم.
پیغام جانشین: تغییر در وزن بین ۳ تا ۷ پوند معمولاً بعد از ترک سیگار روی می‌دهد، می‌توانم این اضافه وزن را از طریق ورزش یا تغذیه سالم کنترل کنم. ترک سیگار بهترین کار برای رسیدن به سلامتی و ظاهر آراسته است.

بهانه‌جویی: برای من بسیار دیر است که سیگار را ترک کنم، زیرا آسیب‌های زیادی به من وارد کرده است.

پیغام جانشین: هرگز برای ترک سیگار دیر نیست. بمحض ترک سیگار بدن شروع به بازسازی می‌کند. دستگاه تنفس من بهبود می‌یابد. کمتر سرفه می‌کنم حواس بویایی و چشایی من به وضع عادی باز می‌گردد و خطر ابتلا به بیماری‌های آتی کاهش می‌یابد.

بهانه‌جویی: بارها سعی کردم که سیگار را ترک کنم ولی هر بار شکست خوردم.
پیغام جانشین: اغلب سیگاری‌ها قبل از ترک واقعی سیگار بارها برای ترک آن کوشش کرده‌اند. من در هر کوشش دریافتم چه وضعیت‌هایی باعث بازگشت من به سیگار می‌شود. در نتیجه آگاهی بیشتری از رفتارم در کوشش‌های بعدی خواهم داشت.

بهانه‌جویی: من برای آرامش اعصاب به سیگار احتیاج خواهم داشت.
پیغام جانشین: نیکوتین یک محرک اعصاب است. من می‌توانم از راه‌های دیگری تمدد اعصاب کنم، بعنوان مثال می‌توانم از ورزش، مدیتیشن و یا پیاده‌روی استفاده کنم.

بهانه‌جویی: من سیگار می‌کشم چون در فعالیتهای اجتماعی به من آرامش می‌بخشد.
پیغام جانشین: می‌توانم از راه‌های دیگری برای رسیدن به آرامش در زندگی اجتماعی‌ام استفاده

نمایم، بعنوان مثال اگر عادت کرده ام که سیگار را در میان انگشتانم بگیرم، میتوانم جای آنرا با کلید یا چیز دیگری عوض کنم.

بهانه‌جویی: در حال حاضر نمی‌توانم سیگار را ترک کنم، چون موجب کج خلقی من در خانه و در محل کار می‌شود.

پیغام جانشین: این عصبانیت کوتاه مدت است. غالباً مردم دچار کج خلقی و عصبانیت می‌گردند ولی به سیگار روی نمی‌آورند. در صورت بروز عصبانیت، من به حمایت همکارانم برای ترک سیگار حساب می‌کنم.

بهانه‌جویی: واقعا ثابت نشده که سیگار عامل بروز سرطان است.
پیغام جانشین: این صحیح نیست، سیگار عامل عمده بروز سرطان است.

بهانه‌جویی: من بیش از آن از سیگار کشیدن لذت می‌برم که بخواهم آنرا ترک کنم.
پیغام جانشین: نتیجه لذت بردن موقت از سیگار کشیدن این است که در دراز مدت من را به موقعیت‌های بیماری و ناراحتی نزدیک و نزدیکتر می‌سازد.

موارد فوق را مرور نموده و مثال‌هایی را که با شرایط شما بیشتر هماهنگ است به آن اضافه کنید. پیغام‌های جانشین آن را هر چه دقیقتر و متقاعد کننده‌تر بنویسید. بخاطر داشته باشید که پرداختن به این بهانه‌ها فقط توانایی و انگیزه شما را در ترک سیگار ضعیف می‌سازد.

خودباوری

وقتی صحبت از ترک سیگار می‌شود، بسیاری بر این باور اشتباه هستند که تنها اعمال اراده و داشتن انگیزه می‌تواند موجب ترک سیگار گردد. چند بار شما بخودتان جمله‌ای شبیه این را گفته‌اید؟ “من فقط باید قوی باشم تا بتوانم تمایلم به سیگار را مهار کنم.” اشکال در این جاست که بسیاری از افراد سیگاری تنها بعد از مدت کوتاهی که از ترک سیگار می‌گذرد، دوباره به آن باز می‌گردند. آیا به این معنی است که آنها اراده یا انگیزه‌هایشان را از دست داده‌اند؟ نه کاملاً، داشتن انگیزه قوی و الزام برای ترک سیگار اهمیت بسیار دارد. اما این افراد همچنین نیاز به شناسایی وضعیت‌هایی دارند که آنها را مجدداً به سیگار باز می‌گرداند. خودباوری یکی از موارد مربوط به آمادگی برای ترک سیگار است. ایمان شما به توانایی‌تان در

مهار موقعیت‌هایی که شما را در مرحله خطر بازگشت به سیگار قرار می‌دهند همان خودباوری نام دارد. در موقعیت‌های وسوسه برانگیز چقدر به توانایی‌تان جهت مقابله با تمایل سیگار کشیدن اعتقاد دارید؟ مردم در مورد خود بسیار مثبت فکر می‌کنند اما هنوز قبول ندارند که قادرند بعضی از چیزها از جمله سیگار کشیدن را ترک کنند. کسانی که خود را باور نداشته و به توانایی‌های خود شک دارند، در شرایط وسوسه‌آمیز زودتر تسلیم می‌شوند. تنها فراخوان نیروی اراده برای مقاومت در برابر وسوسه سیگار کافی نیست، شما باید بر این باور باشید که می‌توانید کاری صورت دهید و مقاومت کنید و بدانید چگونه. شما می‌توانید روش‌هایی را بیاموزید که مقاومت شما را در برابر تمایل به سیگار افزایش می‌دهد. احساس خودباوری شما تحت شعاع چندین عامل است. اولین عامل تعداد موفقیت‌ها و شکست‌های شما در روند ترک سیگار است. اگر سیگار کشیدن را در گذشته ترک کرده‌اید ولی بعد از روبرو شدن با موقعیت‌های استرس‌زا تسلیم شده‌اید، ممکن است که توانایی خود را در ترک سیگار کم ارزیابی کنید، اعتماد بنفس کمتری حس کنید، و با خود بگویید "من نمی‌توانم از پس آن بر آیم". ممکن است احساس کنید که تمایل به سیگار کشیدن به شما غلبه می‌کند و بعنوان یک فرد سیگاری ممکن است به این باور برسید که سیگار کشیدن بشما کمک می‌نماید تا استرس‌ها را مهار نمایید. تصمیمات مردم در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا غالباً بر چگونگی احساسات آنها در آن زمان بستگی دارد. هر چه بیشتر احساس تنش و اضطراب کنید، کمتر می‌توانید بر خود مسلط باشید و با تمایل خود به سیگار مقابله نمایید.

تاریخ ترک سیگار

ترک سیگار عملی است که به تدارک نیاز دارد. ظرف دو هفته آینده تاریخ نهایی ترک سیگار را تعیین کنید. این تاریخ را روی تقویم خود علامت بزنید. این امر به شما کمک می‌کند تا دریابید که ترک کردن سیگار عملی نیست که به یکباره انجام گردد، بلکه به طرح و برنامه‌ریزی برای انجام موفقیت‌آمیز آن نیاز می‌باشد.

همچنان که به تاریخی که در تقویم خود علامت زده‌اید نزدیک می‌شوید، می‌بایست خود را برای روند واقعی ترک سیگار آماده سازید. از آنجا که سیگار بخشی از مجموع زندگی شما، یعنی بخشی از جسم و روان شما شده و در کل محیط زندگی شما به شکلی حضور دارد، برای هر بخشی از این مجموعه نیاز به تدارک خاصی در روند ترک سیگار می‌باشد.

آماده سازی منزل برای ترک سیگار

سیگار که اکنون بخشی از زندگی شما شده است، احتمالاً اثر خود را در محیط زندگی پیرامون شما بر جای گذاشته است. یکی از کارهایی که در روند ترک سیگار، اهمیت دارد از میان برداشتن آثار و شواهد حاکی از سیگار کشیدن شماست. این بشما کمک می‌کند که از وسوسه کشیدن سیگار برحذر باشید و باعث تقویت و استحکام تعهد شما در روند ترک سیگار می‌گردد.

۱. ۲ هفته پیش از تاریخ ترک، تعداد سیگارهای خود را در روز به یک عدد مشخص

(نصف تعداد عادی قبلی) برسانید. سیگارتان را در محلی از منزل که خیلی جای راحتی نباشد مانند زیرزمین، ایوان یا محل شستن لباسها روشن کنید. تمام متعلقات سیگار از جمله فندک، زیر سیگاری و غیره را به آن محل منتقل سازید. کشیدن سیگار در مکان نامناسب و ناجور از تعداد سیگار شما می‌کاهد. در دسترس قرار دادن یک پاکت سیگار در کنار میز تلویزیون یا نزدیک کاناپه احتمالاً بطور مکرر مورد استفاده قرار خواهد گرفت. اضافه بر این با منتقل کردن محل سیگار، بسیاری از فاکتورهای مشوق شما به سیگار که در فصل‌های قبلی مورد بحث قرار گرفت غیرفعال خواهند شد. اگر بعد از غذا یا بهنگام تماشای تلویزیون هوس می‌کنید سیگار بکشید، این ارتباط زمانی قطع خواهد شد که سیگار نکشید. در اینصورت سیگار کشیدن بصورت مجزا از برنامه‌های روزانه زندگی شما در می‌آید.

۲. اتومبیل خود را پاکسازی کنید. تمام علائمی که نشان دهد این ماشین به یک فرد

سیگاری تعلق دارد از اتومبیل خود پاک کنید. کف آنرا جارو برقی بکشید، فندک و زیرسیگاری را از داخل ماشین خارج سازید. هر گونه باقیمانده سیگار در داخل ماشین را تمیز کنید. بعد از اینکه این کار را به انجام رساندید، از این به بعد اتومبیلتان را مکانی ممنوع برای سیگار کشیدن خود و دیگران اعلام کنید. با این عمل هر نوع ارتباط و نزدیکی مابین سیگار کشیدن و رانندگی از بین می‌رود. بعنوان مثال اگر به هنگام رانندگی کسی یا اتومبیل دیگری سد راه شما گردد، و در این گونه مواقع معمولاً از سیگار استفاده می‌کردید، اکنون می‌بایست از استراتژی جایگزین برای رویارویی با اینگونه موقعیت‌ها استفاده نمایید. حال اتومبیلتان بهشت امنی می‌گردد که شما را از وسوسه سیگار کشیدن بهنگامی که میل آنرا دارید، نجات می‌دهد و بدین ترتیب شما از عامل مهم مشوق به سیگار رها شده‌اید.

۳. **منزل خود را از آثار سیگار پاک سازید.** حال که مکان کشیدن در منزل شما به نقطه‌ای منتقل شده است، قسمت‌های دیگر منزل را می‌توانید برای تاریخ قطعی ترک سیگار آماده سازید. فرش‌ها و پرده‌ها را تمیز کنید. بوی سیگار را از لباس و لوازم منزل پاک کنید. سیگارهایی را که ممکن است در محل‌هایی مثل زیر کوسن، زیر تخت‌خواب، یا بالای یخچال گذاشته باشید، پیدا کرده و منتقل سازید. در چند روز اول ترک قطعی سیگار، ممکن است با دیدن یک زیر سیگاری به کشیدن سیگار وسوسه گردید. پس بهتر است قبل از رسیدن این تاریخ، چنین اشیای وسوسه‌انگیز را دور سازید.

آماده سازی برای ترک سیگار

زمانیکه محیط زندگی خود را آماده ساختید، زمان آن است که بدن خود را نیز برای عمل ترک سیگار آماده سازید. همانطور که در فصل‌های قبلی دیدید نیکوتین یک ماده اعتیادآور برای بدن می‌باشد و بهمین علت بعد از ترک سیگار ممکن است بعضی از علائم اعتیاد را در بدن خود حس کنید. برای هر چه آسان‌تر طی کردن این دوره، مهم است که آمادگی بدنی لازم برای روبرو شدن با این تغییرات را داشته باشید.

۱. **به نزد دندانپزشک خود بروید.** دندانهای خود را جرم‌گیری کنید. این عمل بشما یادآوری می‌کند که شما می‌خواهید یک زندگی جدید بدون سیگار شروع کنید. وقتی جرم نیکوتین از دندانهای شما پاک گردد، احساس نو شدن و تازگی خواهید کرد.
۲. **مصرف کافئین را قبل از ترک سیگار کاهش دهید.** نیکوتین باعث تغییر در سوخت و ساز بدن شما می‌گردد. اگر شما بعنوان یک سیگاری مقدار قابل توجهی کافئین مصرف می‌کنید، بعد از ترک سیگار ممکن است بدن شما با این مقدار سازگار نباشد و در این حالت ممکن است بشدت حساس گردیده و بسرعت از کوره در روید، که ارتباطی با عوارض بازگشت سیگار ندارد بلکه به میزان مصرف کافئین مربوط می‌گردد. چند هفته قبل از رسیدن به تاریخ قطعی ترک سیگار، مصرف کافئین را کاهش دهید. بخاطر داشته باشید که کافئین نه تنها در قهوه بلکه در شکلات و مشروبات گازدار مانند سودا و غیره نیز وجود دارد. زمانیکه سیگار را ترک کردید در موقعیت بهتری خواهید بود تا در مورد مقدار مناسب کافئین تصمیم بگیرید.
۳. **به میزان کافی استراحت نمایید.** در خلال اولین هفته ترک سیگار، بسیار اهمیت دارد

که به میزان کافی استراحت نمایید. شما احتمالاً در طول سالیان زیادی بدن خود را در معرض نیکوتین قرار داده‌اید. زمانیکه آنرا ترک می‌کنید، بدن شما برای سازگاری و تطبیق خود در نبود نیکوتین به زمان نیاز دارد. این زمان بازسازی، برای چند هفته اول سخت و خسته‌کننده خواهد بود. استراحت کافی بشما کمک می‌نماید که از این مرحله به آسانی عبور نمایید. این مرحله را بعنوان یک مرحله از درمان تلقی نمایید.

۴. **به میزان زیاد مایعات بنوشید.** در این مرحله شما نیاز دارید که تغذیه سالم داشته باشید و به میزان زیادی مایعات بنوشید. سعی کنید از آب میوه جات استفاده کنید که علاقه و اشتیاق به نیکوتین را در بسیاری از سیگارها کاهش داده است.

۵. **از خوراکی‌های سالم بعنوان جانشین استفاده نمایید.** در چند هفته اول بعد از ترک سیگار، اهمیت دارد که از خوراکی‌های سالم و مقوی استفاده کنید. بعنوان مثال از کرفس، هویج، کشمش، سیب، ترشی، تخمه آفتابگردان و غیره بعنوان غذاهای سرد استفاده کنید. این خوراکی‌ها بهنگامی که میل به سیگار دارید بشما کمک می‌نماید که بر این میل فائق آید. هر چند این مواد در داشتن میزان کالری ضعیف ولی از نظر حجم بزرگ می‌باشند.

۶. **از آب نبات و آدامس بدون مواد قندی استفاده نمایید.** در خلال چند هفته اول ترک سیگار ممکن است احساس کنید که گلویتان خشک شده است یا اینکه بر اثر خارش گلو سرفه نمایید. مکیدن خرده‌های یخ، آب نبات یا آدامس به شما در بهبودی این شرایط کمک خواهد نمود. همچنین از این مواد بعنوان مواد جایگزین زمانیکه میل به سیگار دارید، استفاده نمایید.

آمادگی روحی و احساسی برای ترک سیگار

یکی از سخت‌ترین مراحل ترک سیگار، آماده ساختن خود از نظر روحی و احساسی می‌باشد. بسیاری از افراد سیگاری وقتی از ترک کردن سیگار صحبت می‌کنند، احساس می‌کنند که چیزی را از دست داده‌اند. یا زمانی که در مورد ترک کردن سیگار فکر می‌کنند، انگار از ترک کردن یک دوست صحبت می‌کنند. بهر طریق که آنرا توصیف نمایید، زمانیکه سیگار را ترک می‌کنید، به احتمال زیاد احساس عدم امنیت می‌کنید. برای غلبه بر این احساس‌های منفی، شما نیاز دارید که از نظر احساسی خود را برای روند ترک سیگار و زندگی بعد از سیگار آماده سازید.

۱. **دلایل ترک سیگار و نیاز به ترک آن را برای خود تکرار کنید.** هر چند در مورد این

دلایل در قسمتهای مختلف این کتاب بکرات سخن رفته است ولی این امر به علت اهمیت آن نیاز به تکرار نیز دارد. این دلایل را مرور نمایید. در طول روز بارها آنرا برای خود تکرار نمایید. آنرا روی کاغذ نوشته و با خود حمل نمایید و آنرا در جایی قابل مشاهده قرار دهید.

۲. **برنامه‌هایی را برای اولین هفته ترک سیگار تدارک بینید.** بدترین چیزی که در زمان ترک سیگار یا اولین هفته‌های بعد از آن ممکن است اتفاق بیفتد اینست که خود را در وضعیتی بیابید که میل زیاد به سیگار دارید ولی هیچ برنامه جایگزین بجز رجوع مجدد به سیگار را ندارید. برنامه‌هایی که متناقض با سیگار کشیدن می‌باشد مانند حل کردن جدول، دویدن آهسته، شنا، شستن ظروف، رفتن به نزدیکترین سوپرمارکت یا فروشگاه نزدیک منزل، رفتن به کتابخانه یا کلیسا و غیره را به کار ببرید. بیکاری در اوقات فراغت بسیار خطرناک می‌باشد پس خود را فعال و مشغول نگاه دارید.

۳. **دستان خود را با چیز دیگری بجز سیگار مشغول نگاه دارید.** زمانی که حس می‌کنید در نبودن سیگار چیزی را گم کرده‌اید، می‌توانید مداد، خلال دندان، خرده کاغذ، یا قطعه‌ای لاستیک و غیره را در دست خود نگهدارید.

۴. **هرگز نگویید که کشیدن یک سیگار ضرری ندارد.** بسیاری از افراد پس از ترک به سیگار باز می‌گردند زیرا بر این باورند که آنها قادرند سیگار خود را کنترل کنند و کشیدن یک سیگار اشکالی ندارد. این نوع طرز فکر بدین علت زیان آور است که اکثریت سیگاریها برای مدتی همان یک سیگار را کشیده ولی بعد از مدتی به دو تا و قبل از اینکه بخود آیند به تعداد قبلی باز می‌گردند. همچنین به منظور اینکه بدن شما سلامت خود را باز یابد و مرحله عوارض بازگشت را راحت بگذرانند، می‌بایست تمام نیکوتین از بدن شما خارج گردد. با کشیدن یک سیگار، شما مجدداً نیکوتین را به سیستم بدن خود وارد می‌نمایید که باعث تأخیر در دوره بازسازی و بهبود بدن می‌گردد.

۵. **بگویید سیگار دیگر بهیچ عنوان انتخاب من نخواهد بود.** به محض ترک سیگار ممکن است شما بدنبال دلیلی برای توجیه سیگار برآیید و هنگامی که بدنبال دلیل باشید، آنها را براحتی می‌یابید. همچنانکه اگر بخود بگویید که سیگار دیگر انتخاب شما نخواهد بود، بهنگام رویارویی با استرس و نگرانی یا زمانی که منتظر دوستی هستید، بدنبال انتخاب‌های دیگری به غیر از سیگار خواهید بود. بهنگام فرا رسیدن تاریخ ترک سیگار بخود یادآوری کنید که سیگار دیگر انتخاب شما نیست و تحت هر شرایطی

می‌بایست راه حل دیگری بجویید. این جملات به شما قدرت جستجو برای انتخاب‌های دیگر را می‌دهد.

ترس از دست دادن یک دوست

همچنان که به تاریخ ترک سیگار نزدیک می‌شوید، ممکن است احساس اندوه بنمایید، انگار که دوستی را از دست می‌دهید. بارها، افراد سیگاری از سیگار بعنوان یک دوست خوب نام برده‌اند. سیگار ممکن است به آنها کمک نموده تا با استرس‌های زندگی روبرو گردند و به هنگام احساس تنهایی و افسردگی، منبع آرامش بخشی برایشان باشد و در موقعیت‌های دشوار اجتماعی که عصبانی و یا احساس طرد شدن می‌کنند، مانند یک همراه در کنارشان باشد. اگر شما این احساسات را تجربه کرده‌اید، بنابراین زندگی بدون این دوست برایتان بسیار ترسناک خواهد بود. افراد سیگاری گفته‌اند زمانیکه از این دوست در صحنه‌های مختلف استفاده می‌نمایند، کارها آسانتر جریان می‌یابد.

یک دوست حاضر نیست که شما را در راه‌های زیان‌آور ببیند. یک دوست بهترین‌ها را می‌بایست برایتان بخواهد. هر چند ممکن است که شما از سیگار بعنوان یک دوست نام نبرید، ولی در عمل به سیگار وابسته و متکی بمانید. بخاطر داشته باشید، یک دوست واقعی هرگز درصدد راه‌های موقتی نمی‌باشد بلکه به شما کمک می‌نماید تا بر مشکل به‌طور کامل فائق آیید. سیگار ممکن است بطور موقتی بشما احساس بهتری بدهد اما در نهایت شما را به سالهای عذاب و رنج نزدیک می‌کند. پس سیگار هرگز دوست شما نیست.

فهرستی از حمایت‌های اجتماعی را برای تاریخ ترک سیگار فراهم نمایید.

۱. از حامیان خود استفاده نمایید. به دوستان و خانواده خود یادآوری نمایید که شما وارد مرحله ترک سیگار شده‌اید و برای شما مهم است که از حمایت آنان برخوردار گردید. افراد سیگاری که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، موفقیت بیشتری در ترک سیگار خواهند داشت. از دوستان و افراد خانواده که به کوشش‌ها و موفقیت‌های شما در ترک سیگار حسادت می‌ورزند، دوری نمایید، خصوصا اینکه خودشان در گذشته در ترک سیگار شکست خورده‌اند. به افرادی متکی باشید که واقعا خواهان موفقیت شما می‌باشند، کسانی که موفق به ترک سیگار شده‌اند یا کسانی که سیگار نمی‌کشند.

۲. **بطور مستقیم و قطعی درخواست حمایت نمایید.** زمانیکه از دیگران می‌خواهید در اطراف شما سیگار نکشند، با قطعیت آنرا مطرح سازید. بعنوان مثال، ممکن است از آنها بخواهید که در چند هفته اول ترک سیگار در مقابل تحریک‌پذیری و عصبانیت شما صبور باشند و در اطراف شما سیگار نکشند. از دیگران بخواهید که بخاطر کوشش‌هایتان در ترک سیگار شما را تشویق کنند و پاداش دهند. همه کسانی که در مرحله ترک سیگار به سر می‌برند، احتیاج به تشویق و پشتیبانی دارند و این را هرگز به عنوان نقطه ضعف در نظر نگیرید.

۳. **با فرد سیگاری هم منزل خود مذاکره نمایید.** زندگی با یک سیگاری ممکن است کوشش‌های شما را در ترک سیگار مشکل‌تر سازد. بنابراین، مهم است که قبل از تاریخ ترک سیگار با او به یک توافق نامه برسید که برای هر دوی شما مناسب باشد. بعنوان مثال، ممکن است از او بخواهید که سیگارهایش را در منزل در دسترس نگذارد. این ایده خوبی خواهد بود که از او بخواهید که فقط در محل مشخصی از خانه سیگار بکشد یا حداقل در حضور شما در چند هفته اول ترک سیگار، سیگار نکشد. به او خاطر نشان سازید که ترک سیگار برای شما چقدر اهمیت دارد و شما تا چه اندازه به حمایت او بها می‌دهید. از او خواهش کنید که سخن یا عملی را انجام ندهد که کوشش‌های شما را در ترک سیگار به هدر دهد. اگر او واقعا به شما و سلامت شما اهمیت دهد، از کوشش‌های شما در این مورد حمایت می‌کند. بعضی اوقات برای کسانی که در حال حاضر سیگار می‌کشند بسیار مشکل است که از کوشش‌های فرد دیگر در ترک سیگار حمایت بعمل آورند. (حتی افراد با حس نیت). این به چند دلیل اتفاق می‌افتد. اول اینکه ممکن است از اینکه شما در کوشش‌های خود در ترک سیگار موفق هستید، احساس حسادت کنند در حالیکه خودشان موفق به این کار نشدند. و در نتیجه در مقایسه خود را ضعیف احساس می‌کنند. از طرفی ممکن است از اینکه شریک و هم منزل خود چنین مصمم به ترک سیگار است، احساس رها شدگی کنند. دیگر اینکه ترک کردن سیگار از جانب شما ممکن است از میزان خوشایند بودن سیگار برای او بکاهد. قبل از تاریخ ترک سیگار، بسیار بجاست که در مورد این مسائل با او صحبت نمایید تا احتمال هر نوع اخلال در تلاش‌های شما به حمایت او از کوشش‌های شما تبدیل گردد.

۴. **اگر با یک فرد سیگاری همکار هستید.** اگر با یک سیگاری که مایل به ترک سیگار نیست همکار هستید، چه می‌کنید؟ صحبت با یک دوست و یا یک عضو خانواده بسیار آسانتر

از صحبت با یک همکار است، چون کسانی که شما را دوست دارند همواره بهترین‌ها را برای شما می‌خواهند. هر چند این وضعیت در مورد دوستان همکار صدق نمی‌کند. پس اهمیت دارد که از آنها درخواست حمایت نمایید یا حداقل بخواهید که به کوشش‌های شما در ترک سیگار احترام بگذارند. همکار شما ممکن است اینطور تلقی نماید که شما حق تحمیل عقاید خود را بر آنها ندارید این اشکالی ندارد. شما هنوز حق دارید که چنین تقاضایی از او داشته باشید و بطور برابر می‌توانید در مورد برنامه سیگار کشیدن در محل کار به گفتگو بنشینید. بعنوان مثال، می‌توانید درخواست انتقال خود را به محلی داشته باشید که سیگار کشیدن مجاز نباشد. ممکن است همکار خود را در حالی ببینید که در مورد شما بگوید که «خیلی عبوس بنظر می‌آیی، دیوانه وار رانندگی می‌کنی، بهتر است که یک سیگار بکشی». بخودتان و به دیگران یادآوری کنید که بخشی از تحریک پذیری شما مربوط به عوارض بازگشت نیکوتین می‌باشد و بنابراین فقط مدت کوتاهی طول می‌کشد. این حالت احتمالاً مربوط به تغییرات فیزیکی در بدن شما می‌باشد. هر چند این مهم است که شما به این دلیل با دیگران عمدا رفتار نامناسبی نداشته باشید. رفتار و خلق خود را کنترل کنید. اگر احساس تحریک‌پذیری می‌کنید از صحنه دور شوید. این عمل امکان برخورد در محیط کار را کم می‌کند. در انتها، ممکن است نیاز باشد با رئیس خود نیز در مورد مقررات سیگار کشیدن در محیط کار صحبت نمایید و از حقوق قانونی خود آگاه باشید.

چگونه دوستان و اعضای خانواده می‌توانند حامی شما باشند.

دوستان و اعضای خانواده می‌توانند نقش مهمی در کوشش‌های شما در ترک سیگار داشته باشند. این مهم است که آنها در حمایت از شما و خواست شما در ترک سیگار باقی بمانند، و همزمان برخورد تنبیهی و خصمانه نداشته باشند. بسیاری از سیگاری‌ها گزارش کرده‌اند که نوع حمایتی که آنها از دوستان و اعضای خانواده خود دریافت داشته‌اند، از نق زدن تا تشویق آنها به سیگار متغییر بوده است زیرا در موقعیت‌های مختلف بسیار تحریک‌پذیر و غیر قابل کنترل شده بودند. این می‌تواند در شما احساس شکست بوجود آورد یا اینکه شما را دلسرد ساخته بنحوی که دوباره به آغوش سیگار باز گردید.

پاسخ به پرسش‌های زیر بشما کمک می‌کند تا دریابید چه نقشی را دوستان و اعضای خانواده‌تان می‌توانند در کوشش‌های شما در ترک سیگار ایفا کنند.

- در گذشته چه مواردی را اعضای خانواده در مورد کوشش‌هایتان در ترک سیگار متذکر شده‌اند؟
- در مورد کوشش‌های فعلی‌تان در ترک سیگار، آنها چه نظری دارند؟
- در گذشته وقتی سعی می‌کردید سیگار را ترک کنید، اعضای خانواده‌تان چه عکس‌العملی نشان می‌دادند؟ بعنوان مثال وقتی کج خلق می‌شدید به شما سیگار تعارف می‌کردند؟
- دوستان در مورد کوشش‌هایتان در ترک سیگار چه گفته‌اند؟
- دوستان در حال حاضر در این مورد چه نظری دارند؟
- آیا تفاوتی بین حمایتی که از دوستان سیگاری خود و دوستان غیرسیگاری خود دریافت می‌دارید وجود دارد؟

چند پیشنهاد به دوستان و اعضای خانواده افراد سیگاری:

- ❖ به فرد سیگاری بگویید که شما به توانایی او در خلاص شدن از سیگار اطمینان دارید. این پیغام را بارها در خلال ترک سیگار تا یک سال بعد از آن تکرار کنید.
- ❖ فرد سیگاری را مورد حمایت قرار دهید، بدین گونه که او را تنها بگذارید اگر نیاز دارد تنها باشد، یا اگر نیاز به ملاقات با شما داشته باشد، او را همراهی کنید، یا اگر در چند هفته اول ترک سیگار احساس استرس می‌کند، از او مراقبت بعمل آورید.
- ❖ به‌خاطر داشته باشید که ترک سیگار یک روند مشکل‌است و به همین علت فرد سیگاری ممکن است که رفتار غیرمعمول نشان دهد، بعنوان مثال حساسیت و تحریک‌پذیری بالا، فراموشی، عصبیت و بی‌تفاوتی به نیازهای دیگران. بخاطر داشته باشید که این اثر موقتی خواهد بود.
- ❖ فرد سیگاری را از عمل سیگارکشیدن دور نگاه دارید. این مهم است که تحت هر نوع شرایط مشکلی، افراد سیگاری می‌بایست مورد حمایت قرار گیرند، حتی در زمان بازگشت مجدد به سیگار.
- ❖ به فرد سیگاری پیشنهاد همراهی او تا مکان‌هایی که سیگارکشیدن مجاز نیست، بدهید. دوستان سیگاری او را از اینکه بطور آگاه یا ناخودآگاه باعث وسوسه و سیگار کشیدن مجدد او می‌گردند، بر حذر دارید.
- ❖ مثبت بیاندیشید. او را هر روز دلگرم سازید که چه قدم‌هایی برای ترک سیگار برداشته است و از فرو افتادن او در دام مشکلات جلوگیری نمایید.

- ❖ با قرار دادن خود بجای او، از قضاوت در مورد او خودداری کنید، سعی کنید درک کنید که سیگار کشیدن بخش بزرگی از زندگی فرد سیگاری را در بر داشته است، بنابراین ترک کردن سیگار یک عمل مشکلی می‌باشد.
- ❖ افراد سیگاری که قصد دارند روحاً و جسماً ماده اعتیادآوری چون نیکوتین را ترک نمایند، به حمایت بدون قید و شرط نیاز دارند. برای آنها در زمانهای مخصوصی چون اولین هفته، ماه، سال و غیره پاداشی در نظر بگیرید. این پاداش می‌تواند به صورت دعوت او به شام، یا ارسال گل یا هدایای دیگر و یا حتی جملات دلگرم کننده باشد.
- ❖ چه نوع حمایت‌های دیگری می‌توانید به اعضای خانواده یا دوستان خود ارائه نمایید؟

تاریخ ترک کردن سیگار شما و چند هفته بعد از آن:

۱. علائم و عوارض فیزیکی بعد از ترک سیگار را بعنوان «علائم بهبود» تلقی نمایید. بخاطر داشته باشید که آنها موقتی هستند و در روند بهبود نقش دارند لذا آنها را بعنوان «علائم بهبود» تلقی نمایید. این بدین معنی می‌باشد که وقتی احساس تحریک‌پذیری و بیقراری می‌نمایید یا میل به سیگار دارید، اگر چه احساس خوشایندی نیست ولی به شما خاطر نشان می‌کنند که بدن‌تان در حال بهبودی است. وقتی پیوندی به بدن شما زده می‌شود، قادر خواهید بود تغییرات مثبتی را که در بدن‌تان ایجاد می‌شود، ببینید. هر چند، تغییراتی را که در بدن‌تان بهنگام ترک سیگار روی می‌دهد نمی‌بینید، ولی این علائم را به منزله کلید یا نشان بهبود خود تلقی کنید. «درد باعث شفای درد می‌گردد». هر زمان که از این علائم احساس ناراحتی کردید، فکر کنید که در بدن شما چه اتفاقی دارد می‌افتد. تمرین بعدی راهنما و کمک خوبی برای گذراندن این مرحله است.

چشمان خود را ببندید و ریه‌های خود را مجسم کنید. جرم سیاه چسبیده به کیسه‌های هوایی در ریه‌تان را که تنفس کردن را برای شما مشکل ساخته، تجسم کنید. هر زمان بعد از ترک سیگار که احساس ناراحتی کردید، مجسم کنید که این جرم سیاه به تدریج از روی ریه شما پاک می‌گردد. با هر نفس احساس بهتری می‌کنید. احساس می‌کنید که هوای تمیز بافت‌های مجروح ریه‌تان را شفا می‌بخشد و ۴۰۰۰ ماده سمی که در جریان خون شما شناور است را شستشو می‌دهد. احساس می‌کنید که خون در سرخرگهای شما بهتر جریان می‌یابد، خطر حمله قلبی و سکته مغزی کاهش می‌یابد. با گذشت هر روز شما هر چند بیشتر احساس

بهبود در بدن خود می‌کنید، به خودتان یادآوری کنید که این علائم فقط موقتی می‌باشند.

۲. به وضعیت‌هایی که خطر بازگشت سیگار را دارند، توجه نمایید. بعنوان مثال در زمانهایی که دچار استرس می‌گردید و یا بعد از اتمام غذا که احتمالاً دلتان می‌خواهد یک سیگار روشن کنید. در چند هفته اول بعد از ترک سیگار این مهم است که به این وضعیت‌ها واحساسات خود توجه کنید. برای روبه‌رویی با آنها خود را آماده سازید و استراتژی مقابله با آنها را بدانید. اگر خود را آماده مقابله با آنها نسازید، در چند هفته اول بعد از ترک سیگار خطر بازگشت به سیگار وجود دارد. سعی کنید از این وضعیت‌ها اجتناب کنید یا حداقل استراتژی مقابله با آنها را بکار بندید.

۳. از تکنیک‌های فاصله استفاده نمایید. زمانیکه در وضعیت خاصی قرار می‌گیرید و وسوسه می‌شوید که یک سیگار روشن کنید، از آن فکر و وضعیت فاصله بگیرید. در این تکنیک بطور فیزیکی از وضعیت مشکل‌آفرین فاصله بگیرید، یا اینکه فکر خود را به چیزی به غیر از سیگار متمرکز کنید، یا خود را به فعالیتی مشغول سازید که در آن سیگار کشیدن مشکل می‌باشد از قبیل شستن ظروف، ورزش، یا ملاقات یک دوست غیرسیگاری. این مهم است که بدانید میل به سیگار بسیار کوتاه می‌باشد و فقط چند ثانیه طول می‌کشد. بلافاصله بعد از ترک سیگار شما ممکن است احساس کنید که میل به سیگار در شما بسیار قوی می‌باشد و شما بارها آنرا تجربه می‌نمایید. ولی با گذشت زمان حس می‌کنید که از شدت و تعداد آن کاسته شده است. بدین علت است که این تکنیک بسیار سودمند می‌باشد. اگر برای مدت کوتاهی از وسوسه سیگار خود را کنار نگاه دارید، میل به آن کم‌رنگ می‌گردد و به مرور دیگر آن را تجربه نخواهید کرد. به خودتان بگویید که این خواهش برای مدت کوتاهی دوام خواهد داشت و اگر تسلیم آن شوم و سیگار را روشن کنم می‌بایست دوباره از اول آغاز کنم. ولی اگر بتوانم از آن فاصله بگیرم، این میل کم‌رنگ خواهد شد و من یک پله به هدف نزدیکتر خواهم شد. برای خودتان هر زمان که موفق شدید میل به سیگار را از خودتان دور سازید، پاداشی در نظر بگیرید.

۴. دلایل خود را برای نیاز به ترک سیگار تکرار کنید. در خلال هفته‌های اول، شما نیاز دارید که دلایل ترک سیگار را برای خود بازگو نمایید. به خاطر داشته‌باشید که این دلایل می‌بایست دلایل شخص شما باشد. این دلایل به شما در روبه‌رویی با وسوسه بازگشت به سیگار کمک می‌نماید.

۵. فواید ترک سیگار را برای خود بازگو کنید. شما باید به خودتان یادآوری نمایید که نتیجه خوبی در انتهای کوشش‌های شما در ترک سیگار و تحمل ناراحتی، زحمت و تغییر

زندگی که در خلال ترک سیگار با آن روبرو شده‌اید، وجود دارد. فواید ترک سیگار را که در لیست ذیل گردآوری شده است برای خود تکرار نمایید.

فواید ترک سیگار:

۱. بهبود گردش خون.
 ۲. کاهش حساسیت و آلرژی (سیگاری‌ها ۳ بار بیشتر به آلرژی مبتلا می‌شوند تا غیرسیگاری‌ها).
 ۳. بهبودی علائم و بهتر شدن وضعیت برونشیت مزمن در ظرف چند ماه بعد از ترک سیگار (که باعث افزایش مقاومت در مقابل عفونت‌ها می‌گردد).
 ۴. کاهش خطر پوسیدگی دندان و شانس داشتن دندان‌های طبیعی (افراد سیگاری ۳ بار بیشتر در معرض خطر پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه می‌باشند تا افراد غیرسیگاری).
 ۵. کاهش خطر سرطان مری تا ۵۰۰ درصد.
 ۶. کاهش خطر سرطان کلیه تا ۵۰ درصد.
 ۷. کاهش شدت و تعداد سردرد.
 ۸. زنان غیر سیگاری دوران یائسگی را با مشکلات و ناراحتی کمتری پشت سر می‌گذارند.
 ۹. کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های استخوان.
 ۱۰. افزایش ظرفیت رییه‌ها.
 ۱۱. افزایش توان بارداری تا ۵۰ درصد.
 ۱۲. کاهش عمده خطر ابتدا به سرطان رییه و آمفیوزم.
- و ...

ورزش

ورزش به هر شکل آن یکی از بهترین تغییراتی است که می‌توانید در نحوه زندگی خود ایجاد کنید. همانطور که خودتان را بعنوان یک غیرسیگاری قبول دارید، ورزش به بدن شما کمک میکند تا سریعتر بهبود یابید. شما ممکن است توجه کرده باشید که فعالیت‌هایی مثل بالا رفتن از تعدادی پلکان شما را از نفس انداخته باشد. ممکن است که در گذشته قادر بودید که هم فعالانه ورزش بکنید و هم به سیگار کشیدن ادامه دهید.

بسیاری از سیگاریها گزارش کرده‌اند که در گذشته علی‌رغم عادت به سیگار کشیدن می‌توانستند

انواع ورزش‌ها از جمله شنا، دو و غیره را انجام دهند و سیگار هم بکشند بدون اینکه این دو با هم تداخل داشته باشند. جرم سیاه بروی کیسه‌های هوایی در ریه‌ها می‌نشیند و در نتیجه عبور هوا به سختی انجام می‌پذیرد. اضافه کردن ورزش به برنامه ترک سیگار برای شما از چندین جنبه مفید خواهد بود:

- ❖ ورزش به بدن شما به خصوص به ریه‌های شما کمک می‌نماید و مواد سمی سیگار را از آن خارج می‌سازد.
- ❖ ورزش به شما کمک می‌نماید تا با استعداد چاقی که معمولاً بعد از ترک سیگار ایجاد می‌گردد، مقابله نمایید.
- ❖ ورزش بعنوان یک متد روش تمدد کلی اعصاب مطرح می‌باشد، هر چه بیشتر ورزش کنید، کمتر احساس تنش می‌کنید، در نتیجه از میل شما به سیگار کم می‌گردد.
- ❖ ورزش یک جانشین موثر برای سیگار است، زیرا زمانی که به فعالیت‌های پر تحرک اشتغال دارید سیگار کشیدن مشکل می‌گردد.

ورزش منظم هزاران فایده از نظر روحی و جسمی برای ما به همراه دارد که به قرار زیر می‌باشند:

- ❖ انعطاف، تحمل و قدرت عضلات را بهبود می‌بخشد.
- ❖ از میزان دردهای عضلانی و تنش‌ها می‌کاهد.
- ❖ امکان درد پشت را کاهش می‌دهد.
- ❖ کمک می‌نماید تا با بیماری عروق کرونر قلب مقابله گردد.
- ❖ از میزان خستگی کاسته و بر میزان انرژی بدن می‌افزاید.
- ❖ میزان ترشح ایندورفین را در بدن افزایش می‌دهد، این یکی از مواد طبیعی بدن می‌باشد که بر بهبود خلق و خوی اثر گذاشته، با دردها مقابله کرده و احساس بهتری ایجاد می‌نماید.
- ❖ در بهبود خواب اثر مثبت دارد.
- ❖ کمک می‌نماید تا با استرس‌ها بطور موثرتر مقابله گردد.
- ❖ از عوارض پیش از قاعدگی و انقباضات قاعدگی می‌کاهد.
- ❖ از میزان احساس نگرانی و افسردگی می‌کاهد.
- ❖ وزن و هیکل را کنترل می‌کند.
- ❖ عزت نفس و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد.

چرا شروع کردن ورزش دشوار است؟

همانطور که می‌بینید، دلایل زیادی وجود دارد تا ورزش را در برنامه خود قرار دهید. هر چند، تنها شما نیستید که هنوز آن را شروع نکرده‌اید و یا آنرا به تأخیر می‌اندازید. اگر در حال حاضر ورزش در برنامه شما قرار ندارد، علت آن چه می‌باشد؟ اگر واقعا در مورد آن فکر کنید، ممکن است به خود پاسخ دهید که این دلایل عذر و بهانه می‌باشد. در زیر با بعضی از این بهانه‌ها که چرا مردم ورزش نمی‌کنند، آشنا می‌شوید. بدور آنهایی که دلایل شما نیز می‌باشند، خط بکشید. در ستون مقابل هر دلیل، راه‌های برطرف کردن مشکل نیز ارائه شده است.

موانع ورزش کردن	بحث و ارائه راه حل
من فرصت نمی‌کنم.	من برای اولویت‌های زندگی وقت قائل می‌شوم. ورزش را در اولویت می‌گذارم و برای آن وقت قائل می‌شوم.
من بشدت خسته می‌شوم.	در ابتدا ممکن است احساس خستگی نمایم ولی به تدریج با ورزش کردن بدنم قوی و پر انرژی خواهد شد.
از فردا آغاز خواهیم کرد.	اگر به فردا موکول نمایم، هرگز آنرا شروع نخواهم کرد.
به اندازه کافی بد هیكل می‌باشم.	هیكل مناسبی ندارم زیرا ورزش نمی‌کنم. هیچوقت برای خوش هیكل شدن دیر نیست.
بسیار سخت و دردآور خواهد بود.	در ابتدا مشکل خواهد بود، ولی به زودی به وضعیت مطلوب نزدیک می‌شوم. با ورزش کردن به احساس خوبی می‌رسم و آن را به آرامی شروع می‌کنم.
حالم خوش نیست.	در صورتیکه جدی باشد مثلا تب داشته باشم یا یک نوع بیماری، بطور موقت ورزش را کنار گذاشته، نزد دکتر می‌روم. در غیر اینصورت ورزش به بهبود حالم کمک خواهد کرد. می‌توانم آهسته‌تر ورزش کنم.
دوست ندارم به تنهایی ورزش کنم.	می‌توانم به یک باشگاه بروم یا از همسر یا یک دوست تقاضا کنم به من بپیوندد.
تجهیزات لازم را ندارم.	من نیازی به تجهیزات و لباس تجملی ندارم. پیاده روی ورزش خوبی است و تنها به یک کفش اسپرت و لباس راحت نیاز دارد.

چگونه یک برنامه ورزشی را آغاز کنیم؟

به هنگام شروع ورزش، می‌بایست آن را به آرامی شروع نماییم. زیرا چون شما در مرحله ترک سیگار هستید، فعالیتهای بدن شما در وضعیت جدید و بدون نیکوتین انجام می‌پذیرد. بنابراین، به ناگهان افزودن ورزش‌های سخت، بسیار طاقت‌فرسا خواهد بود. اقدامات احتیاطی زیر توصیه می‌گردد:

- ❖ اگر شما بالای ۴۰ سال هستید و قبلاً ورزش نمی‌کردید، بهتر است به تدریج آنرا شروع کنید.
- ❖ از کفش و لباس مناسب برای ورزش استفاده نمایید.
- ❖ برای اجتناب از گرمزدگی از ورزش در محل‌های خیلی گرم و مرطوب پرهیز کنید. در هوای گرم از لباس گشاد و نخی برای ورزش استفاده کنید.
- ❖ در هوای سرد از دستکش، کلاه و چند لایه لباس نخی استفاده کنید.
- ❖ در ابتدا با دویدن نرم و بالا-پایین پریدن اول بدن خود را گرم سازید.
- ❖ حداقل تا ۲ ساعت بعد از خوردن غذا ورزش نکنید، و حداقل تا ۲۰ دقیقه بعد از ورزش کردن غذایی نخورید.
- ❖ اگر مریض هستید یا علائم بیماری ناشناخته‌ای را در خود دیدید از ورزش کردن اجتناب نمایید. فکر نکنید که ورزش کردن منحصر به دویدن، قدم زدن یا نرمش‌های موضعی موجب کاهش وزن می‌شود. ممکن است این ورزش‌ها برای شما مناسب نباشد یا به جهتی آنرا نپسندید. در این صورت می‌توانید از لیست ورزش‌ها و فعالیتهای زیر تعدادی را برای خود انتخاب نمایید.

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| - پیاده روی سریع | - تنیس |
| - شنا | - اسکیت |
| - بدمینتون | - بسکتبال |
| - بیس بال | - بولینگ |
| - پاتیناژ | - اسکی |
| - دوچرخه سواری | - دوچرخه درجا |
| - ورزش‌های سوئدی | - آئروبیک |
| - والیبال | - گلف |
| - ورزش با دستگاه‌های کاهش وزن | - طناب بازی |

بسیاری از فعالیتهای روزانه شما در منزل نیز نوعی ورزش محسوب می‌گردد. کدام یک از فعالیتهای زیر را به طور مرتب انجام می‌دهید.

- کشیدن جارو برقی
- شستن زمین
- چمن زنی
- نقاشی ساختمان
- شستن ماشین
- برف پارو کردن
- شستن کف حمام
- جمع کردن برگ درختان
- باغبانی
- خرید کردن

ورزش‌های آئروبیک

ورزش‌های آئروبیک بر میزان تحمل و کارایی قلب شما می‌افزاید. این به خصوص برای افرادی که قبلاً سیگاری بودند و سعی می‌کنند تا اندام مناسبی داشته باشند، واجد اهمیت می‌باشد. سعی کنید حداقل ۳ بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه آن را انجام دهید. ضربان قلب خود را بمدت ۲۰ دقیقه با جدول ذیل کنترل کنید.

اگر شما به این نوع ورزشها عادت ندارید و آنرا تازه شروع کرده‌اید، هر چند دقیقه ای که می‌توانید ورزش کنید. اگر ۵ تا ۱۰ دقیقه را براحتی می‌توانید ورزش کنید، در طول هفته بتدریج به میزان آن بیفزایید تا به ۳۰ دقیقه برسد. به خاطر داشته باشید که هر گونه علائم استرس‌زا در بدن خود را کنترل کنید.

برای پیدا کردن میزان ضربان قلب‌تان، بمدت ۶۰ ثانیه آنرا بشمارید برای پیدا کردن ضربان، کافیهست که دو انگشت خود را بر روی شاهرگ گردن سمت راست یا چپ قرار دهید یا روی مچ دست درست بالای انگشت شست قرار دهید. برای اندازه گیری میزان ضربان قلب در خلال، ورزش به محض پایان یافتن ورزش، آنرا چک کنید. اگر ضربان قلب شما با آنچه در جدول آمده یکی نیست، نگران نشوید. به مرور زمان و با پشتکار به آن می‌رسید. اگر ورزش را مرتب انجام ندهید، زمان بیشتری نیاز پیدا می‌کنید تا وزن مناسب خود را بدست آورید و احتمالاً احساس خواهید کرد که ورزش خسته کننده و ملالت آور است.

اگر شما قادر نیستید که ورزش‌هایی از قبیل دو، شنا و نرمش را انجام دهید، پیاده‌روی سریع از بهترین نوع ورزش‌های آئروبیک می‌باشد. در هر زمان می‌توانید آنرا انجام دهید. اگر هوای مناسب پیاده‌روی در خارج منزل وجود ندارد، می‌توانید از سالنهای سرپوشیده استفاده کنید.

هدف از ورزش این است که به شما کمک کند تا تندرست بمانید. پس کوشش کنید که روزانه فعالیت فیزیکی مناسبی داشته باشید. این امر قطعاً در کوشش‌هایتان در ترک سیگار موثر خواهد بود و یک زندگی بدون سیگار را برای شما فراهم می‌آورد.

جدول میزان ضربان قلب بهنگام ورزش

سن	ضربان در دقیقه در حین ورزش	حداکثر ضربان قلب در حین ورزش
۲۰	۱۲۰-۱۶۰	۲۰۰
۲۵	۱۱۷-۱۵۶	۱۹۵
۳۰	۱۱۴-۱۵۲	۱۹۰
۳۵	۱۱۱-۱۴۸	۱۸۵
۴۰	۱۰۸-۱۴۴	۱۸۰
۴۵	۱۰۵-۱۴۰	۱۷۵
۵۰	۱۰۲-۱۳۶	۱۷۰
۵۵	۹۹-۱۳۲	۱۶۵
۶۰	۹۶-۱۲۸	۱۶۰
۶۵	۹۳-۱۲۴	۱۵۵
۷۰	۹۰-۱۲۰	۱۵۰
۷۵	۸۷-۱۱۶	۱۴۵
۸۰	۸۴-۱۱۲	۱۴۰
۸۵	۸۱-۱۰۸	۱۳۵

کنترل وزن

زمانی که تصمیم دارید به تغییر بزرگی مانند ترک سیگار در زندگی خود دست بزنید، بهتر است که از جسم و فکر خود بطرق مختلف مراقبت بعمل آورید. شما تغذیه صحیح، ورزش و در نظر گرفتن پاداش برای خود به عنوان بخشی از برنامه ترک سیگار را خواهید آموخت. حتی اگر ترک کامل سیگار را مشکل یافتید، می‌توانید از این برنامه در جهت رسیدن به سلامت عمومی خود سود جوید.

ترس از ازدیاد وزن

یکی از بزرگترین نگرانی‌های افراد سیگاری در ترک سیگار، ترس از ازدیاد وزن می‌باشد. برای بسیاری از افراد خصوصاً بعضی از زنان، ترس از اضافه وزن، مانع بزرگی در ترک سیگار به شمار می‌رود. بعضی از این نگرانی‌ها ممکن است واقعی باشد. زیرا بسیاری از سیگاری‌ها چیزی حدود ۲ تا ۶ کیلوگرم بطور متوسط بعد از ترک سیگار بعلت تغییرات در سوخت و ساز بدنشان اضافه وزن پیدا می‌کنند و دیگران ممکن است که بیشتر و یا حتی بدون اضافه وزن باقی بمانند. وقتی سیگاری‌های سابق به وزن شان اضافه می‌گردد، بدین معنی است که به بدن آنها کالری بیشتری می‌رسد. تغییرات در متابولیسم بدن و مصرف غذاهایی که از آنها بعنوان جایگزین ترک سیگار استفاده می‌گردد و می‌تواند باعث اضافه وزن می‌گردد. از آنجایی که نیکوتین دارویی با اثر قوی می‌باشد، واکنش‌های بسیاری بر روی بدن دارد که موارد زیر از آن جمله می‌باشد:

- نیکوتین باعث کاهش اشتها می‌گردد.
- سوخت و ساز بدن افزایش می‌یابد.
- سیگار برای افراد سیگاری حکم جانشین مواد غذایی را دارد که ممکن است فرد در رویارویی با استرس، افسردگی و سایر احساسات منفی از آن استفاده نماید.
- روشن کردن سیگار پایانی است بر هر وعده غذا، به جای خوردن بیشتر و یا در انتظار دسر ماندن، افراد سیگاری مایلند هر چه زودتر خوردن غذا را تمام کنند و سیگاری روشن کنند.
- افراد سیگاری اشتهای کمتری برای شیرینی‌ها دارند.

زمانی که سیگار کشیدن را ترک می‌کنید، امکان دارد که سوخت و ساز بدن شما کاهش یابد. ممکن است در ابتدا اشتهای زیادی برای خوردن غذا بخصوص برای خوردن شیرینی‌جات پیدا کنید. هر چند، خطر کشیدن سیگار به مراتب بیشتر از اضافه شدن چند کیلوگرم اضافه وزن است. شما می‌بایست مقدار قابل توجهی یعنی در حدود ۳۰ کیلوگرم اضافه وزن پیدا کنید تا برابر خطر کشیدن یک پاکت سیگار در روز گردد. به علاوه افرادی که سیگار کشیدن را کنار گذاشته‌اند از مزایای جانبی آن از جمله شادابی، طراوت در پوست و سلامت دندانها بهره‌مند می‌گردند.

تغذیه صحیح

شما می‌توانید استعداد اضافه وزن یا چاقی خود را با تغذیه صحیح و ورزش کنترل کنید (به‌خاطر داشته باشید که همه دچار اضافه وزن نمی‌گردند). همچنین توجه به فکر و احساسات خود زمانی

که میل به سیگار دارید از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا نمی‌بایست به عنوان یک تکنیک، غذاهای پر کالری را جایگزین سیگار نمود. به مواد غذایی مصرفی در یک رژیم غذایی صحیح نگاه نمایید. زمانی که به ترک سیگار اقدام می‌نمایید نیازی نیست که تحت رژیم کامل غذایی درآیید. در واقع این عقیده خوبی نیست. زمانیکه به ترک سیگار اقدام می‌کنیم به تغییرات عمده‌ای در رژیم غذایی خود می‌بایست دست بزنیم. مطمئن گردید که رژیم غذایی شما معتدل است و از مقدار مناسبی از کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها، چربی‌ها، ویتامین‌ها و مواد عناصر معدنی برخوردار است. به خاطر داشته باشید که بدن شما در روند سلامت خود نیاز به تغذیه خوب دارد. خوردن غذاهای متنوع شما را مطمئن می‌سازد که همه موادی که بدن شما برای سلامت خود به آنها نیاز دارد، تأمین می‌گردد. در جداول زیر غذاهایی از گروه‌های اصلی تغذیه‌ای معرفی می‌گردد. شما می‌توانید از ۵ گروه غذاهای اصلی در جدول زیر غذاهای مورد نظر خود را انتخاب نمایید.

(۱) گروه غلات : ۱۱-۶ نوبت

یک برش نان، یا ۱/۲ فنجان برنج پخته، غلات، یا ماکارونی.

- ❖ برنج، گندم
- ❖ نان
- ❖ ماکارونی
- ❖ مواد خوراکی مثل کورن فلکس، بدون افزودن شکر
- ❖ سرلاک گرم مثل شوربای جو یا گندم
- ❖ بیسکویت‌های نمکدار و کم چربی
- ❖ pancakes and waffles که کم چربی هستند

(۲) گروه سبزیجات: ۵-۳ نوبت

۱/۲ فنجان سبزیجات پخته یا خام، یا سبزیجات برگ‌دار مثل برگ کلم یا کاهو یا ۲ لیوان آب

سبزیجات

- ❖ هر نوع سبزی تازه‌ای بدون سس
- ❖ سبزی یخ زده یا کنسرو شده
- ❖ آب گوجه فرنگی

(۳) گروه میوه‌جات: سرو در ۲-۴ نوبت

هر نوبت سرو برابر است با ۱/۲ فنجان میوه‌جات پخته و یا خام، یا یک عدد سبب، گلابی، موز، یا پرتقال متوسط یا ۱/۲ فنجان کنسرو میوه‌جات، یا معادل ۲ لیوان آب میوه

- ❖ هر نوع میوه تازه
- ❖ apple sauce بدون شکر
- ❖ میوه‌جات خشک مثل انجیر، برگه زردآلو
- ❖ آب میوه طبیعی و بدون افزودن شکر

(۴) گروه لبنیات و شیر: در ۲-۳ نوبت

هر نوبت برابر است با ۱ فنجان شیر یا دوغ یا دو قاشق پنیر

- ❖ شیر کم‌چربی یا بدون خامه
- ❖ دوغ کم‌چربی
- ❖ پنیر که در هر اونس ۲ گرم یا کمتر چربی داشته باشد.
- ❖ دسر سرد که در هر فنجان ۱ گرم یا کمتر چربی داشته باشد.

(۵) گروه پروتئین‌ها و گوشت: در ۲-۳ نوبت

هر نوبت برابر است با ۲۵۰ گرم گوشت پخته، مرغ یا ماهی، یا معادل ۱ تا ۱۲ فنجان لوبیای پخته، یا ۲ تا ۳ عدد تخم مرغ، یا ۴ تا ۵ قاشق خمیر بادام زمینی

- ❖ مرغ یا بوقلمون بدون پوست
- ❖ گوشت گوساله با گوسفند، سعی کنید از قسمت‌های سردست یا ران که چرب هستند استفاده نکنید.
- ❖ هر قطعه گوشت که در هر اونس آن یک گرم بیشتر چربی نباشد.
- ❖ هر نوع ماهی یا صدف تازه
- ❖ ماهی کنسرو یا تن
- ❖ هر نوع لوبیای خشک مانند عدس، لپه، لوبیای قرمز یا چشم بلبلی
- ❖ سفیدی تخم مرغ

قسمت اعظم برنامه غذایی اعلام شده غذاهایی مانند کره، روغن، شیرینی، ادویه‌جات، مثل چاشنی‌های غذایی و سس مایونز می‌باشد که می‌بایست به مقدار کم مصرف گردند زیرا به میزان

زیادی حاوی کالری هستند.

همانطور که می‌بینید، رژیم غذایی توصیه شده به میزان زیادی حاوی کربوهیدراتها و به میزان کمی از چربیها و پروتئینها استفاده شده است. کربوهیدراتهای مرکب نه تنها بدنتان را سالم‌تر نگه می‌دارند، بلکه میزان سرتونین و موادی را که در کنترل خلق و روحیه شما مؤثر می‌باشد را نیز افزایش می‌دهند. اگر احساس خوبی داشته باشید، احتمال کمتری دارد که برای کنترل اعصاب خود به روشن کردن سیگار وسوسه شوید. مراقبت در میزان چربی و پروتئین مصرفی به شما کمک می‌کند که وزن و کلسترول خود را کنترل کنید.

فیبرها

اضافه کردن مقداری فیبر به رژیم غذایی روزانه از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. مناسب‌ترین رژیم غذایی آن است که روزانه حاوی ۲۰ تا ۲۵ گرم فیبر باشد. فیبرها کمک می‌نمایند تا دستگاه گوارش بهتر عمل کرده، و از میزان یبوست مزاج بکاهد. این امر خطر ماندن مواد غذایی در روده را کاهش داده و در نتیجه از فعالیت مواد سرطان‌زا به خصوص سرطان روده بزرگ یا کولون جلوگیری می‌کند. مصرف موادی که دارای فیبر غذایی بالایی هستند میزان قند خون را کاهش داده و باعث کاهش اشتها می‌گردد. بعضی از انواع فیبرها همچنین از میزان کلسترول می‌کاهند. خوردن غذاهای حاوی غلات و همچنین مقدار زیادی میوه‌جات و سبزیجات به این امر کمک می‌نماید. در جدول صفحه بعد لیست موادی که حاوی فیبر غذایی غنی می‌باشند گردآوری شده است.

از چه برنامه غذایی پیروی می‌کنید؟

در حال حاضر برنامه روزانه غذایی شما چگونه تنظیم می‌گردد. قسمتهایی از برنامه روزانه شما که تفاوت آشکار با جدول دارد، ممکن است نیاز به تغییر و بهبود داشته باشد.

مایعات

این مهم است که میزان مایعات بدن شما در سطح مناسبی باشد. سه چهارم وزن بدن شما بطور طبیعی توسط مایعات تشکیل شده است که معمولاً از مواد غذایی و نوشیدنی‌هایی که روزانه مصرف می‌کنید، بدست می‌آید. زمانی که سیگار را ترک می‌کنید، بدن شما شروع به بازسازی می‌کند و در نتیجه مایعات بیشتری را می‌طلبد و ترجیحاً مایعاتی توصیه می‌گردد که دارای کافئین نباشند.

غذاهای مایوی فیبر

نوع غذا	میزان مصرف	حاوی گرم فیبر
نان: گندم غلات: سبوس گندم کوبیده جو	۱ برش ۱ فنجان ۲ بیسکویت یک دوم فنجان	۲ - ۱/۹ گرم ۲۳ گرم ۶/۱ گرم ۴/۵ گرم
میوه‌جات: سیب با پوست گریپ فروت پرتغال توت فرنگی موز	۱ عدد کوچک یک دوم ۱ عدد کوچک یک دوم فنجان ۱ عدد متوسط	۳ گرم ۲/۶ گرم ۱/۸ گرم ۲/۶ گرم ۱/۸ گرم
سبزیجات: هویج خام غلات حبوبات سیب زمینی	۱ عدد متوسط دوسوم فنجان یک دوم فنجان دوسوم فنجان	۳/۷ گرم ۴/۲ گرم ۶/۹ گرم ۳/۱ گرم

کافئین ماده مدبری است ولی معنی آن نیست که حجم آب بدن را کاهش می‌دهد. متخصصین علم تغذیه توصیه کرده‌اند که روزانه ۸ لیوان آب بیاشامید. آب میوه، شیر کم چربی، آب معدنی انتخابهای خوبی هستند. همچنین در انواع سوپ‌ها و آبگوشت‌ها مایعات لازم یافت می‌شود. فواید جذب مایعات فراوان عبارت است از:

- ❖ مایعات به بدن کمک می‌نمایند تا مواد سمی دفع گردد. نوشیدن مقدار زیادی مایعات به کلیه‌ها کمک می‌نماید تا مواد زائد را بسرعت از بدن دفع کند.
- ❖ مایعات همچنین کمک می‌نمایند تا دستگاه گوارش بهتر کار کند.
- ❖ مایعات پوست را نرم و لطیف نگاه می‌دارند. این برای سیگاری‌ها از اهمیت برخوردار است زیرا در طی سالیان متمادی سیگار کشیدن، پوست این افراد از قرار گرفتن در معرض دود سیگار آسیب دیده است. نیکوتین خاصیت ارتجاعی پوست را از بین برده و مانع تعریق که

پوست را مرطوب نگه می‌دارد، می‌گردد. در نتیجه افراد سیگاری بنظر مسن‌تر از سن خود در مقایسه با افراد غیرسیگاری هستند.

❖ نوشیدن مقدار زیادی مایعات بشما در کنترل وزن تان کمک می‌نماید. بسیاری از مردم بر این باورند که اگر قبل و بعد از وعده غذا مایعات بپاشامند، به آنها در کاهش اشتها کمک می‌نماید.

اگر شما مرتب ورزش می‌کنید، جایگزین نمودن مایعات از دست رفته ناشی از تعریق از اهمیت مضاعف برخوردار است. نوشیدن مایعات بهنگام ورزش‌های طولانی مدت و سخت می‌بایست فراموش نگردد. اگر از نوشیدنی‌های کافئین‌دار استفاده می‌کنید، در اینصورت می‌بایست مایعات بیشتری بنوشید تا سطح مایعات از دست رفته جبران گردد.

غذایی که می‌خورید بر خلق و خوی شما اثر می‌گذارد.

بعضی از انواع مواد غذایی می‌تواند بر جسم و روان شما اثر بگذارند. به عنوان مثال غذاهای کافئین‌دار یا حاوی قند، می‌تواند خلق شما را حساس، تحریک‌پذیر و یا عصبی سازد. بعضی‌ها بر این اعتقادند که فعالیت و جنب و جوش بیش از اندازه کودکان به علت مصرف مواد قندی می‌باشد. عده ای نیز بر این باورند که مواد قندی نوسانات خلقی بدنبال دارد. حال که شما سیگار را ترک کرده‌اید، بسیار اهمیت دارد که مصرف اینگونه مواد را در کنترل خود داشته باشید زیرا این مواد در نبود کافئین بگونه‌ای دیگر سوخت و ساز می‌یابند.

قند

قند همانطور که در جدول پیداست از نظر شیمیایی به یکی از واحدهای انرژی اساسی که بدن مصرف می‌کند یعنی گلوکز تبدیل می‌گردد. احتمالاً به همین علت در زمان گرسنگی میل به مواد قندی که معمولاً در دسترس می‌باشد، کمتر می‌شود. وقتی از کربوهیدراتهای ساده مثل قند استفاده می‌کنید، لوزالمعده مقدار بیشتری انسولین ترشح می‌نماید و میزان گلوکزی را که به سایر اندام‌ها و عضلات می‌رود را در تعادل نگاه می‌دارد. مصرف زیاد انسولین که از مصرف مقدار زیادی قند بدست می‌آید، باعث کاهش سطح گلوکز در خون می‌گردد. آیا تا بحال بعد از مدت کوتاهی از خوردن آب نبات، احساس ضعف کرده‌اید. این افت انرژی بر اثر کاهش سطح گلوکز در خون شما می‌باشد. این افت باعث می‌گردد که احساس گرسنگی نموده و تمایل بیشتری به غذا پیدا کنید. زمانیکه تصمیم به کنترل وزن خود می‌گیرید، خوردن مواد قندی مانند (شیرینی‌ها، بستنی، کیک، و آب نبات‌ها) احتمالاً میل شما به مواد قندی را افزایش

می‌دهد و در نتیجه کنترل وزن برای شما مشکل می‌گردد. افراد سیگاری بعد از ترک سیگار میل به مصرف شیرینی‌جات بیشتری دارند و این در حالی است که بدن آنها سعی می‌کند سوخت و ساز خود را بدون نیکوتین سامان دهد. بنابراین، این مهم خواهد بود که بدون افزایش مصرف در کالری و یا نوسانات خلقی، میزان مصرف مناسب مواد قندی را در خود پاسخ دهید. در این رابطه، ممکن است بخواهید از چند دستور غذایی برای آماده کردن مواد قندی استفاده نمایید. همچنین، ممکن است مواد غذایی کم‌چربی اشتهای شما را در کشیدن سیگار کاهش دهد.

کافئین

کافئین نیز در نوسانات خلقی، تحریک‌پذیری، نگرانی، بدخوابی، بی‌قراری، سردرد و درد قفسه سینه تاثیر دارد. کافئین مانند نیکوتین یک محرک می‌باشد. از آنجا که سیگار باعث افزایش متابولیسم بدن می‌گردد، تا هر زمان که سیگار می‌کشید، بدن شما کافئین را تحمل می‌کند. به عنوان مثال بدن شما ممکن است که روزانه ۳ تا ۴ فنجان قهوه را تا زمانی که سیگار می‌کشید تحمل نماید. اما زمانی که سیگار را ترک می‌کنید، همان میزان کافئین ممکن است باعث عصبیت و لرزش شما گردد. شما ممکن است علت آنرا عوارض بازگشت به سیگار قلمداد نمایید و وسوسه شوید تا برای کنترل این وضعیت دوباره به سیگار باز گردید. ولی لرزش ممکن است بعلت واکنش کافئین در بدن باشد. این بی‌نظمی توسط بسیاری از درمانگرها گزارش شده است. بنابراین، مهم است زمانی که در مراحل ترک سیگار بسر می‌برید از میزان کافئین مصرفی خود کم کنید تا بدن شما خود را تطبیق دهد.

کافئین در چه موادی یافت می‌شود؟

در هر ۵ اونس مصرف

قهوه instant ۱۰۵-۴۰ میلی‌گرم

قهوه drip ۱۵۰-۱۱۰ میلی‌گرم

قهوه صاف شده ۱۲۵-۶۰ میلی‌گرم

قهوه بدون کافئین ۵-۲ میلی‌گرم

چای ۱۰۰-۴۰ میلی‌گرم

شکلات داغ ۱۰-۲ میلی‌گرم

کوکاکولا (بصورت کنسرو) ۴۵ میلی‌گرم

شیر شکلات (۱ اونس) ۱-۱۵ میلی‌گرم

نوعی شکلات تند ۳۵-۵ میلی‌گرم

بخاطر داشته باشید که اگر مقدار زیادی نوشیدنی‌های کافئین دار را روزانه مصرف نمایید، ممکن است دچار عوارض جانبی بازگشت اعتیاد گردید. این عوارض شامل سردرد، احساس خستگی، عدم توانایی در تمرکز و میل بیشتر به کافئین می‌باشد. بتدریج مصرف خود را کاهش دهید و این علائم در طول زمان ناپدید می‌گردد. شما ممکن است قبل از اقدام به ترک سیگار، میزان کافئین را تقلیل داده در نتیجه با تغییرات زیادی روبرو نخواهید شد. هر چند نمی‌توان گفت که مصرف چه میزان کافئین، مقدار زیادی تلقی می‌شود ولی بخاطر داشته باشید که کافئین یک دارو می‌باشد و می‌تواند بر سلامتی شما تاثیر بگذارد.

الکل^(۱)

مصرف الکل و سیگار توأم می‌تواند به دلایل زیادی باعث مشکلات فراوانی گردد. از نظر پزشکی مصرف الکل و نیکوتین می‌تواند احتمال گسترش بعضی از بیماری‌ها را افزایش دهد. و هر کدام اثر مخرب دیگری را افزایش می‌دهد. به عنوان مثال، سرطان گلو و گردن در صورت مصرف همزمان سیگار و الکل شیوع بیشتری دارد. همچنین، کسانی که مقدار زیادی الکل می‌نوشند و نیکوتین مصرف می‌کنند، بنظر می‌رسد که تغذیه نامناسبی نیز داشته باشند زیرا مقدار غذایی که می‌خورند اندک است، و الکل و نیکوتین در میزان جذب مواد غذایی بدن آنها دخالت دارد. تأثیر سوء بر جذب غذا در صورت مصرف هر یک از این موارد به تنهایی اتفاق می‌افتد هرچند در صورت مصرف همزمان آنها این اثرات مخرب چند برابر خواهد شد. به علاوه ناتوانی جنسی در مردانی که الکل مصرف می‌کنند بیشتر دیده می‌شود و این مسئله بهنگامی که بر اثر نیکوتین انقباض شریانی یا تنگی عروق نیز روی دهد، حادث خواهد شد.

از نقطه نظر روانی، مصرف الکل و نیکوتین باهم بهنگام ترک سیگار مشکلاتی را به همراه خواهد داشت. اکثریت افرادی که الکل مصرف می‌کنند، عنوان داشته‌اند که الکل و نیکوتین دوش به دوش هم پیش می‌روند، این امکان ندارد که از یک طرف الکل بنوشیم و از طرف دیگر میل به

۱. از آنجایی که مصرف الکل در شرع مقدس اسلام حرام می‌باشد. در کشور ما این مشکل مهمی نمی‌باشد ولیکن نظر به این که بعضی از بیماران در این موارد دچار هوس مصرف سیگار می‌شوند بایستی راهنمایی‌های لازم انجام گیرد. (ن)

سیگار نداشته باشیم. مصرف الکل و کشیدن سیگار بنظر می‌رسد که در ارتباط نزدیک با هم و از یک خانواده هستند. بنابراین، لازم است که مصرف الکل زمانی که در مرحله ترک سیگار هستید، قطع گردد. در این شرایط وسوسه روشن کردن سیگار ممکن است که زیاد باشد. بهتر است از شرکت در مهمانی‌هایی که شما را تشویق به مصرف این دو می‌کنند، برای مدتی پرهیز نمایید. هدف این است که از قرار گرفتن در وضعیت‌هایی که خطر بازگشت به اعتیاد را به دنبال دارد، اجتناب نمایید. زمانی خطر بازگشت بالاست که برایتان مقاومت در برابر وسوسه سیگار و بکار بردن تکنیک‌های جایگزین به علت اثرات مخرب الکل اگر نه غیرممکن، بلکه مشکل باشد. در نهایت باید با این مورد مثل موارد دیگر بروز هوس سیگار مقابله کرد و درمان‌های دائمی و غیردائمی را انجام داد.

آیا می‌بایست از ویتامین‌ها و مواد معدنی به‌عنوان مکمل استفاده نمود؟

ویتامین‌ها و مواد معدنی برای سلامت بدن بسیار مهم می‌باشند. اگر شما تحت استرس قرار دارید، بدن شما به بسیاری از ویتامین‌ها از جمله ویتامین B نیاز پیدا می‌کند. بنظر می‌رسد که سطح ویتامین‌ها در بدن افراد سیگاری پایین می‌باشد ولی علت آن روشن نیست. شاید این ویتامین‌ها در بدن آنها سریعتر تجزیه می‌گردد و یا احتمالاً مواد موجود در دخانیات در میزان جذب آنها دخالت می‌نماید.

لیست مواد معدنی و ویتامین‌های اصلی در ذیل گردآوری شده‌اند.

— ویتامین‌های محلول در آب:

C, B₁ (thiamine), B₂ (riboflavin), B₃ (niacin), B₆ (pyridoxine), B₁₂ (cobalamin), Folic acid

— ویتامین‌های محلول در چربی:

A, D, E, K

— مواد کانی و معدنی:

آهن، فسفر، برم، کلسیم، منیزیم، کبالت، پتاسیم، فلور، کرم، سدیم، سولفور، منگنز، روی، کلر، ید، آرسنیک، نیکل، سلنیم، مس

نیازهای خاص سیگاری‌ها

همانطور که قبلاً خاطر نشان ساختیم، معمولاً سطح بعضی ویتامین‌ها در افراد سیگاری پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد. این مواد عبارتند از:

ویتامین A: این ماده از بافت‌های بدن خصوصاً بافت‌های ریه و مجاری برونش‌ها حفاظت بعمل می‌آورد. این ویتامین در جلوگیری از بروز بعضی از انواع سرطان‌ها سودمند می‌باشد. این ویتامین در بدن افراد سیگاری سریعتر تجزیه می‌گردد، بنابراین مهم است که میزان مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین A یا عنصر تشکیل دهنده آن بتا کاروتن را (beta – carotene) افزایش دهیم. این ویتامین سریعاً به نوع فعال ویتامین A تبدیل می‌گردد و در سبزیجات مثل هویج، کلم، مارچوبه و در میوه‌جاتی مثل زردآلو و طالبی وجود دارد.

ویتامین C (اسید اسکوربیک): این ویتامین معجزه‌گر برای مقابله با عفونت‌ها بکار می‌رود زیرا در حفاظت از گلبول‌های سفید نقش زیادی دارد. سیگار از مقدار این ویتامین در بدن می‌کاهد. این ویتامین در کلیه میوه‌جات خصوصاً طالبی، کلم برکلی و فلفل سبز یافت می‌شود. **ویتامین E:** این ویتامین از بافت‌ها در مقابل مواد سمی حفاظت بعمل می‌آورد. شواهد حاکی است که این ویتامین از لخته شدن خون جلوگیری می‌کند و در نتیجه از سکته مغزی و یا حملات قلبی پیشگیری می‌نماید و بافت‌های بدن را نرم و قابل ارتجاع می‌گرداند. این ویتامین در مولتی ویتامین‌ها وجود دارد. همچنین در دانه‌های روغنی یا آجیل، روغن آفتاب‌گردان و یا حبوبات یافت می‌شود.

ویتامین B₁₂: این ویتامین می‌تواند به استرس‌هایی که بدن به آن دچار می‌گردد، پاسخ خوبی بدهد. بعضی از گزارش‌ها حاکی از این است که این ویتامین می‌تواند با مواد سمی در تنباکو مثل سیانید cyanide مقابله نماید. میزان این ویتامین در افراد سیگاری به علت دفع زیاد آن پایین می‌باشد. غذاهای حاوی این ویتامین عبارتند از: گوشت قرمز، لبنیات و تخم مرغ. مطمئن گردید که برای مصرف این ویتامین از مواد کم چربی استفاده نمایید.

سلنیوم: بدن شما به این مواد معدنی به میزان کم احتیاج دارد. از این مواد در بدن به منظور دفاع از سلولها در مقابل اکسیدان‌ها خصوصاً آنهایی که در سیگار یافت می‌شود، استفاده می‌شود. همچنین این ماده در دفاع در مقابل بعضی از انواع سرطانها مفید گزارش شده است. موادی که سلنیوم غنی دارند شامل غذاهای دریایی، گوشت خوک، گاو، گوسفند، مرغ، کلم بروکلی،

کلم، پیاز، قارچ و حبوبات می‌باشد.

استفاده از ویتامین‌ها بدین معنی نیست که می‌توانید بدون خطر به سیگار ادامه دهید. بهترین انتخاب برای شما ترک سیگار است. بهتر است با درمانگر خود در مورد اینکه چه مقدار از ویتامین‌ها و مواد کانی- معدنی استفاده نمایید، مشورت کنید. همچنین استفاده از دوز بالای ویتامین‌ها نیز می‌تواند برای سلامت شما مضر باشد. سعی کنید به‌طور متعادل از آنها مصرف نمایید و در صورت نیاز از مولتی ویتامین‌ها نیز می‌توانید استفاده نمایید.

سیگار به‌عنوان جایگزین مواد غذایی

این مطلب در میان سیگاری‌ها بسیار شایع است که می‌گویند سیگار از ازدیاد وزن در آنها می‌کاهد، زیرا در شرایطی که افسرده، خسته و عصبی هستند بجای خوردن غذا، فقط یک سیگار روشن می‌کنند. آیا شما نیز اینطور فکر می‌کنید. بخاطر داشته باشید که زیان ناشی از سیگار بسیار بالاتر از مقداری اضافه وزن است. این واقعیت دارد که مردم آنقدر که نگران وضع ظاهر خود هستند، نگران سلامتی خود از نقطه نظر چاقی و اضافه وزن نمی‌باشند. از آنجا که لاغر بودن در این اجتماع واجد اهمیت می‌باشد، سیگاری‌ها خصوصاً زنها از این دلیل به‌عنوان ادامه دادن اعتیاد خود به سیگار و ترک نکردن آن استفاده می‌نمایند. اما رمز واقعی سلامتی، لاغری، و یک غیرسیگاری باقی ماندن این است که ببینید که چه موقع از سیگار به‌عنوان جانشین غذا استفاده می‌کنید، در اینصورت بیاموزید که از تکنیک‌های جایگزین برای نکشیدن سیگار در این شرایط استفاده نمایید.

جدول تعداد دفعات خوردن غذا

به جدول تعداد سیگارهای روزانه خود که مشخص می‌کند در چه ساعاتی از روز میل به سیگار دارید باز گردید. زمانی که سیگار را ترک می‌کنید، لیستی از وضعیت‌هایی که معمولاً در آن سیگار روشن می‌کردید ولی الان وسوسه می‌شوید که در آن موقعیت‌ها چیزی بخورید را گردآوری نمایید. فکر خوبی بود که برای چند روزی بر این امر نظارت داشته باشید و جدول صفحه بعد را پر کنید.

زمان	وضعیت	چه احساسی دارید؟	چه میل کردید؟

احتمال دارد که مواقعی که واقعا گرسنه نبودید، یا در زمانهایی بجز ۳ وعده غذا، چیزی میل کرده باشید. آیا زمانی که میل داشتید چیزی بخورید احساس بخصوصی مانند خستگی و عصبیت می‌کردید؟ در این مواقع بهتر است به فعالیت‌های دیگری مثل قدم زدن، ورزش کردن، یا تلفن زدن به یک دوست بپردازید. بسیاری از کسانی که قبلا سیگار می‌کشیدند، اعتقاد دارند زمانیکه میل به سیگار می‌کنند گذاشتن چیزی مثل خلال دندان در دهان سودمند خواهد بود. به همراه داشتن غذاهایی که کالری سبک دارند یا انواع جویدنی‌ها زمانیکه میل به سیگار می‌کنید، نیز سودمند می‌باشد.

ضمیمه ۲ - مراکزی که می‌توانند شما را
درباره دخانیات راهنمایی نمایند

مراکزی که می‌توانند شما را درباره دخانیات راهنمایی نمایند

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

نیاوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، تلفن: ۲۰۱۰۹۵۱۵

مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نیاوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تلفن: ۲۰۱۰۹۶۷۷

کلینیک ترک سیگار

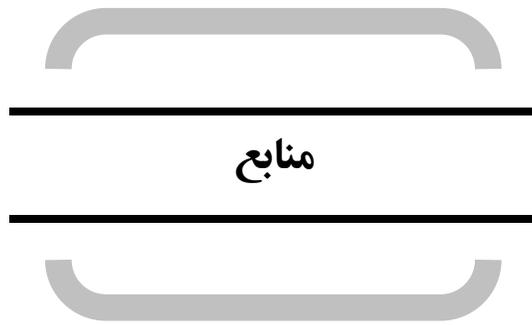
میدان شهدا- خیابان پیروزی- نبش خیابان شیخ‌الرئیس- پلاک ۲

تلفن ۳۳۷۹۶۳۰۲

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

خیابان سپهبد قری- نرسیده به پل کریمخان نبش کوچه چوبینی پلاک ۱۸۵ طبقه هشتم

تلفن ۸۸۳۰۱۳۱۲ - ۸۸۳۰۰۶۰۷



1. Abbot NC, Stead LF, White AR, Bames J, Hypotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Libaray, Issue 4, 2002, Oxford: Update Software.
2. ABS. National Health Survey: Australia, 1989-1990; ABS Cat, No. 4382.0 Canberra. Australian Bureau of Statistics.
3. ABS. National Health Survey: Aboriginal and Torres Strait Islander results, Australia, 1995. ABS Cat. No. 2039.0. Canberra, Australian Bureau of statistics, 1999.
4. Addington J, el-Guebaly N, Addington D et al., Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42:49-52.
5. Australian Institute of Health and Welfare 2001 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Drug Statistics Series No. 11.2002, AIHW Cat. No. PHE-41.
6. Australian Institue of Helath and Welfare. Australia's Health 2000. AIHW Cat No. 19 Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2000.
7. Australian Medicines Handbook. 2003. Australian Medicines Handbook Pty Ltd. Adelaide.
8. Bennett D and Kang M. In Oats K, Currow C. and Hu W. (Eds). *Child Health: a practical manual for general practice*. MacLennan and Petty. 2001.
9. Benowitz N. Phamacodynamics of nicotine: implications for rational treatment of nicotine addition. *Br J Addict* 1991; 86:495-9.
10. Benowitz N, Gourtay S. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *Journal of the Americal College of Cardiology* 1997;56:460-464.
11. Borland S, Segan C, Livingston P et al, The effectiveness of callback counseling for smoking cessation: a randomized trial *Addiction* 2001;96:881-889.
12. Burdon J, Frith P, Mckenzie D, et al. The proactive approach to diagnosing and treating COPD. Sydney. Australian Lung Foundation, 2002.
13. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, et al, Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trail. *British Journal of General Practice* 1999; 49(445):11-616.
14. Butler CC. Rollnick S. Treatment of tobacco use and dependence. [Letter] *New England Journal of Medicine*. 2002;347(4):294-5.
15. Collins DJ, Lapsley HM. Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Monograph No. 49, National Drug Strategy 2002. Available online at www.health.gov/pubhlth/publicat/document/ono49.pdf.
16. Covey LS, Glassman A, Stetner F. Naltrexone effects on short-term and long-term smoking cessation. *Journal of Addictive Diseases* 1999;18(1):31-40.
17. Covey L, Tobacco cessation among patients with depression. *Primary Care; Clinics in office Practice* 1999; 26(3):691-706.

18. Covey LS, Glassman A, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases* 1998;17(1):34-56.
19. Degenhardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine & Tobacco Research*. 2001;3:225-34.
20. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-911.
21. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose and Throat Journal*. 1990;89:763-765.
22. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
23. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. *Clinical guidelines for effective use JAMA* 1992, 268:2687-94.
24. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE et al. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a metaanalysis. *JAMA* 1994; 271(24):1940-1947.
25. Glassman AH. Cigarettes and smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-553.
26. Gourlay S, Benowitz N. Arteriovenous differences in plasma concentration of nicotine and catecholamines and related cardiovascular effects after smoking, nicotine nasal spray, and intravenous nicotine. *Clinical pharmacology and therapeutics* 1997;62:453-63.
27. Jajek P, West R, Foulds J et al, Randomised comparative Trial of nicotine polyacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Archives of Internal Medicine* 1999;159(17):2033-2038.
28. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA et al., Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of depression or alcoholism. *British Journal of Psychiatry*. 1999;174:173-178.
29. Henningfield J, Michaelides T, Sussman S. Developing treatment for tobacco addicted youth-issues and challenges. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2000;9(4):5-26.
30. Hughes JR, Pharmacotherapy for smoking cessation: unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61(5):751-750.
31. Hughes JR Nicotine withdrawal, dependence and abuse. In *DSM-IV Sourcebook Vol 1*, Ed Widiger T, Frances A, Princus H. et al. Washington DC. American Psychiatric Association. 1994, 19-116.

32. Hughes J, Lesmes GR, Hatsukami DK, Richmond R et al. Are higher doses of nicotine replacement more effective for smoking cessation? *Nicotine and Tobacco Research* 1999;1:169-174.
33. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software (a).
34. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software (b).
35. Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PA et al, Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up: One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *Journal of the American Medical Association*, 1994;21:95-600.
36. Ivers R. Indigenous Australians and Tobacco: a literature review. 2001. Menzies School of Health Research and the Cooperative Research Center for Aboriginal and Tropical Health.
37. Joint Advisory Group on General Practice and Population Health. Smoking, nutrition, alcohol and physical activity (SNAP) Framework for General Practice, Canberra. 2001.
38. Jorenby DE, Leischow S, Nides M et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 1999;340(9):685-691.
39. Joseph AM, Antonuccio DO. Level of efficiency of transdermal nicotine in smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 1999;341:1157-8.
40. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al, The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *New England Journal of Medicine* 1996;335:192-198.
41. Jukic A, Pino N, Flaherty B (1996) Alcohol and other drug use, attitudes and knowledge amongst Arabic speakers in Sydney. NSW Department of Health: Drug and Alcohol Multicultural Education Centre. Sydney.
42. Kenford SL, Flore MC, Jorenby D, et al, Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *Journal of the American Medical Association*, 1994;21:589-594.
43. Koitzer M, Boutsen m Dramaix M et al. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: placebo controlled trial. *Preventive Medicine* 1995;24:41-47.
44. Lightwood J, Glantz S. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997; 96(4):1089-1096.
45. Lopez PR, Boreman J et al. Morbidity from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford CIRF and WHO. London. Oxford University Press 1994.

46. Lumley J, Oliver S, Waters E, Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review) . In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.
47. Mathers C, Vos T, Stevenson C, The burden of disease and injury in Australia. Canberra. Australian Institute of Health and Welfare. 1999 Online: www.aihw.gov.au.
48. Mckendree E, McNabb MD, Richard V et al., Plasma Nicotine levels produced by chewing nicotine gum. JAMA. 1982;248:865-868.
49. McRobbie H, Aaserud E, Lefrondt JD. Bupropion is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: an international study. European Society for Research for Nicotine and Tobacco 2001. Paris.
50. Mendelsohn C, Richmond RL. The nicotine patch: guidelines for practical use. Modern Medicine of Australia 1994;37:105-112.
51. Miller M, Wood L. Smoking Cessation Interventions Review of evidence and implications for best practice in health care settings Canberra, publications production Unit Commonwealth Department of Health and Ageing, 2001.
52. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York. Guilford Press 2002.
53. Molander L, Lunnell E. Pharmacokinetic investigation of a nicotine sublingual tablet. European Journal of Clinical Pharmacology. 2001;56:813-819.
54. Mullins R, Livingston P, Borland R. A strategy for involving general practitioners in smoking control. Australian & New Zealand Journal of Public Health 1999;23(3):249-51.
55. National Health Committee . Guidelines for smoking cessation. Revised 2002. New Zealand Ministry of Health, Wellington, 2002, www.nzgg.org.nz.
56. National Health Committee. Guidelines for Smoking Cessation. New Zealand Ministry of Health, Wellington, 1999. www.nzgg.org.nz.
57. National Health and Medical Research Council. The health effects of passive smoking. Canberra NHMRC 1997.
58. National Health and Medical Research Council. How to assess the evidence: Assessment and application of scientific evidence. Canberra, NHMRC. Commonwealth of Australia, 2000.
59. NSW Health 2002 Guide for the management of nicotine dependent inpatients-summary of evidence
www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/pdf/tobacco/patsmoke.htm
60. Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal nicotine. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy as an aid to smoking cessation. Drugs 1992;44:498-529.

61. Panjari M, Bell R, Bishop S, et al, A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention during pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999; 39(3):312-317.
62. Peters MJ, Morgan LC, Gulch L, Smoking cessation and elective surgery: the cleanest cut. Editorial. Med J Aust 2004; 180: 317-318.
63. Polgar S, McGartland M, Bortnogan CV, Shytle RD, Sanberg PR, Smoking cessation programmes are neglecting the needs of persons with neuropsychiatric disorders. (Letter) Australian and New Zealand Journal of Medicine 1996;26(4):572-3.
64. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: towards and integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983;51:390-395.
65. Puska P, Korhonen HJ, Vartiainen E, Urjanhaimo EL, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. Tobacco Control 1995;4:231-235.
66. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the public health system. Thorax 1998;53:Supplement 5, S1-S38.
67. Richmond RL, Austine A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients stop smoking BMJ 1986;292:803-806.
68. Richmond, R., Webster, I., Elkins, L., Mendelsohn, C., Rollnick, S. Smokescreen for the 1990s: A Stop Smoking Programme for General Practitioners to use with Smokers. NSW Department of Health, 2nd edition, 1991.
69. Richmond RL., Makinson RJ, Kehoe LA, Giugni AA, Webster IW. One-year evaluation of three smoking cessation interventions administered by general practitioners. Addictive Behaviours 1993;18:187-199.
70. Richmond, R., Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the United Kingdom. I. Addiction 1994;89:35-47.
71. Richmond, R. Interventions for Smokers in General Practice: From Clinical Trials to Implementation. Chapter 10. In Richmond, R. (ed.) Interventions for smokers: an international perspective. Williams and Wilkins, USA, 1994.
72. Richmond, R, L. Retracing the steps of Marco Polo: from clinical trials to diffusion of interventions for smokers. Addictive Behaviors 1996;21(6):683-697.
73. Richmond, R., Kehoe, L., Webster, I., Wodak, A., Heather, N. General practitioners promotion of healthy lifestyles: What patients think. Australian and New Zealand Journal of Public Health 1996;20(2):195-200.
74. Richmond RL, Kehoe L, de Almida Neto AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. Heart 1997;78(6):617-618.

75. Richmond, R., Mendelsohn, C., Kehoe, L. General practitioners' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: a randomized trial. *Preventive Medicine* 1998;27:77-83.
76. Richmond, R. L., Mendelsohn, C. P. Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking excessive alcohol consumption. *American Journal of Health Promotion* 1998;12(4):254-7.
77. Richmond, RL. The physician can make a difference with smokers: evidence based clinical approaches. *Int J Tub Lung Dis* 1999;3(2):100-112.
78. Richmond R, Harris K. *Becoming a non-smokers*. Sydney, Hale and Iremonger, 1999.
79. Richmond RL, Kehoe L. 7.5 year results of the nicotine transdermal patch and behavioural treatment. Poster presented at World Conference on Tobacco or Health, Chicago, August 2000.
80. Richmond RL, Kehoe L. RCT of nicotine transdermal patch and cognitive behavioural therapy: 10 year outcome. Poster presented at the World Congress of Cardiology, May 2002.
81. Richmond R, Zwar N. Therapeutic review of bupropion slow release. *Australian Drug and Alcohol Review*. 2003;22:203-220.
82. Ridolfo B, Stevenson C. the quantification of drug-caused morbidity and treatment in Australia, 1998 (Drug Statistics Series No 7). Canberra. Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
83. Rissel C, Russell C. Heart disease risk factors in the Vietnamese community of South Western Sydney. *Australian Journal of Public Health* 1993;17:71-73.
84. Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counselling* 1997;31(3):191-203.
85. Royal Australian College of General Practitioners, Smoking, Nutrition, Alcohol and physical Activity. A population health guide to behavioural risk factors for general practice. Harris M. (ED) for the quality committee of the RACGP. Draft May 2004.
86. Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for Preventive Activities in General Practice. *Australian Family Physician* 2002; Special Issue.
87. Royal Australian College of General Practitioners. Putting Prevention Into Practice: A Guide For The implementation of Prevention in The General Practice Setting. Melbourne, RACGP, 1998.
<http://www.racgp.org.au/downloads/20000412gbcomplete.pdf>.
88. Ruggiero L, Rossi J, Prochaska J, et al. Smoking and diabetes: Readiness for change and provider advice. *Addictive Behaviours* 1999; 24(4):573-578.
89. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, Mody FV, Franzon M, Doan K. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, placebo controlled trial. *Addiction* 1996;91:1293-1306.

90. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P et al., Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med.* 2002 Jun 10; 162;1267-76.
91. Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343(8890):139-142.
92. Silagy C, Stead LF. Physicain advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2003.* Oxford: Update Software.
93. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane review). *The Cochrane Library, Issue 1,2003.* Oxford: Update Software.
94. Sullivan MA, Covey L.S. Current perspectives on smoking cesstion in schizophrenia, *General Practice Guidelines.* *Aust Fam Physician.* 2002;31:21-24.
95. Sullivan MA, Covey L.S. Current Perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Current Psychiatry Report* 2002; 4:388-96.
96. Sussman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen U. Effects of thirty four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance use and Misuse* 1999; 34(11):1469-1503.
97. Tashkin D., Kanne R., Bailey W., Buist S., Anderson P., Nides M., Gonzales D., Dozier G, Patel M.K. and Jamerson B. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double blind placebo-controlled randomized trial. *Lancet.* 2001;357:1571-1575.
98. Tengs TO, Adams ME, Pilskin JE et al. Five hundred life saving interventions and their cost effectiveness. *Risk Analysis* 1995; 15:369-90.
99. Tonstad S. Farsang D, Klaere G et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokders with cardiovascular disease: a multicentre randomized study. *Eur Heart J* 2003;24:946-955.
100. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. US Department of Helath and Human Services, Public Health Office, Office on smoking and Health. 1981.
101. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of stages of change in three representative samples. *Preventive Medicine* 1995; 24:401-411.
102. Wakefield M., Jones W. Effects of smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22(3 suppl):313-320.
103. Wallstrom M, Nilsson F. Hirsch JM. A randomized double-blind, placebo controlled clinical evaluation of a nicotine sublingual tablet in smoking cessation. *Addiction* 2000; 95:1161-1171.
104. Walsh R, Redman S, Adamson L. The accuracy of self-reports of smoking status in pregnant women. *Addictive Behaviour* 1996; 21 (5):675-679.

105. Walsh R, Redman S, Brinsmead M, Fryer J. Predictors of smoking in pregnancy and attitudes and knowledge of risks of pregnant smokers. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16(1):41-67.
106. Ward JE, Young JM, Jelfs P. Population-based cancer control: where is the greatest benefit from proven strategies to "regain" years of life lost prematurely. *Aust NZ J Pub Helath*, 1999;23:538-40.
107. White AR, Resch KL, Emst E, A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation *Tobacco Control* 1999; 8:393-97.
108. Wiggers JH, Sanson-Fisher RW. Practitioner provision of preventive care in general medical consultations: association with patients educational and occupational status. *Social Science and Medicine* 1997; 44: 13-146.
109. Wilhelm K, Richmond R, Wodak A. Clinical aspects of nicotine, smoking and depression. *Medicine today*. 2004;5:40-47.
110. Windsor R, Boyd N, Orleans C. A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. *Health Education Research* 1998: 13(3):419-38.
111. Winstanley M, Woodward S, Walker N. Tobacco in Australia: facts and issues (second edition). Melbourne, Victorian Smoking and Helath Program; 1995.
112. Young JM, Ward JE. Implementing Guidelines for smoking cessation advice in Australian General Practice: opinionos, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice* 2001; 18(1):14-20.
113. Zeidois DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;23:247-254.
114. Zwar NA, Richmond RL, Harris MF. What proportion of general practice patients are ready to stop soking? Poster presentation. First National Tobacco Control Conference 12-14 June 2001. Adelaide.