

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**راهنمای ترک سیگار
درمان مصرف و وابستگی به دخانیات
(سال ۲۰۰۸)**

عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای ترک سیگار درمان مصرف و وابستگی به دخانیات (سال ۲۰۰۸) / [گروه نویسندگان]; [تهیه‌کننده] مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران؛ مترجم هومن شریفی؛ ویراستاران هومن شریفی؛ زیر نظر محمدرضا مسجدی
مشخصات نشر	: تهران: مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	: ۱۸۷ ص. : جدول.
شابک	: 978-600-5069-12-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Treating tobacco use and dependence, 2008.
موضوع	: سیگار کشیدن—بهداشت
موضوع	: سیگار کشیدن—پیشگیری
موضوع	: نیکوتین—اعتیاد—درمان
موضوع	: سیگار—اعتیاد—درمان
شناسه افزوده	: شریفی میلانی، هومن، ۱۳۴۸- مترجم، ویراستار
شناسه افزوده	: مسجدی، محمدرضا، ۱۳۳۲
شناسه افزوده	: مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
شناسه افزوده	: جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران
رده‌بندی کنگره	: RA ۶۴۵ / ۵۳۲ ۱۳۸۹
رده‌بندی دیویی	: ۳۶۲ / ۳۹۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۱۶۳۸۲۰



صحت مبارزه با استعمال دخانیات ایران



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات



مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی (بیمارستان دکتر مسیح دانشوری)

پژوهشکده سل و بیماری های ریوی

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

راهنمای ترک سیگار درمان مصرف و وابستگی به دخانیات (سال ۲۰۰۸)

مترجم: دکتر هومن شریفی
ویراستاران: دکتر هومن شریفی
زیر نظر: دکتر محمدرضا مسجدی
تایپ: سعیده طباطبایی‌زاده
طراح جلد و صفحه آرا: فائزه صفرعلی
نوبت چاپ: اول پاییز ۱۳۸۹
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
قیمت: ۱۰۰۰۰ تومان

فهرست

صفحه	عنوان
۱۱	بخش اول: نگاه اجمالی و روش‌ها
۱۲	مقدمه
۱۳	دلایل تدوین و به روزرسانی راهنما
۱۵	وابستگی به دخانیات به عنوان یک بیماری مزمن
۱۷	روش تکمیل راهنما
۲۰	بررسی مقالات و وارد کردن شاخص‌ها
۲۱	مراحل آماده‌سازی جداول مربوط به شواهد
۲۱	نتایج اطلاعات
۲۳	روش‌های استفاده شده برای مطالعات متاآنالیز
۲۴	محدودیت‌های مطالعات متاآنالیز
۲۵	تفسیر نتایج مطالعات متاآنالیز
۲۶	چگونگی خواندن جداول اطلاعات
۲۷	میزان اعتبار پیشنهادات
۲۸	توصیه‌ها با توجه به جنبه احتیاطی آنها
۲۸	بازبینی راهنما توسط صاحب‌نظران دیگر
۲۹	محصولات این راهنما
۲۹	چارچوب راهنمای ارتقاء یافته
۳۳	بخش دوم: بررسی وضعیت مصرف دخانیات
۳۴	مقدمه
۳۷	بخش سوم: مداخلات بالینی مصرف و وابستگی به دخانیات
۳۸	مقدمه
۴۰	الف- بیمارانی که می‌خواهند ترک کنند
۵۹	ب- بیمارانی که قصد ترک ندارند

فهرست

صفحه	عنوان
۶۵	ج- بیمارانی که اخیراً ترک کرده‌اند
۶۹	بخش چهارم: مداخلات متمرکز بالینی مصرف و وابستگی به دخانیات
۷۰	مقدمه
۷۱	استراتژی‌های مداخلات متمرکز برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات
	بخش پنجم: مداخلات سازمانی در ارتباط با مدیران، بیمه‌گران و مشتریان
۷۵	خدمات بهداشتی
۷۶	مقدمه
۷۷	به صرفه‌بودن مداخلات در زمینه توقف استعمال دخانیات
۷۸	توصیه‌هایی برای مدیران، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی
	استراتژی جهت مراکز بهداشتی، مدیران، سازمان‌های بیمه و مشتریان
۷۹	خدمات بهداشتی
۸۳	بخش ششم: شواهد و توصیه‌ها
۸۴	مقدمه
۹۰	ارزیابی تخصصی
۹۴	تمرکز مداخلات بالینی
۹۸	انواع پزشکان بالینی
۱۰۰	چارچوب‌های درمان‌های روانی اجتماعی
۱۰۴	فرآیند و ارزیابی‌های پیگیری
۱۱۰	انواع دیگر مداخلات
۱۱۱	ترکیب دارودرمانی و مشاوره
۱۱۴	بیمارانی که در حال حاضر مایل به ترک سیگار نیستند
۱۱۴	پسخوراند پایش فیزیولوژیک و شاخص‌های زیستی به منظور افزایش انگیزه ترک

فهرست

صفحه	عنوان
۱۱۶	توصیه‌هایی در زمینه درمان دارویی
۱۲۲	تداخلات داروهای خط اول درمان با سایر داروها
۱۲۳	توصیه‌هایی در مورد داروهای خط دوم درمان
۱۲۵	ترکیب داروها
۱۲۶	تأثیر ترکیب دارویی
۱۲۷	میزان تأثیر نسبی درمان‌های دارویی
۱۳۲	افزایش طول مدت درمانی دارویی
۱۳۳	استفاده از جایگزین‌های نیکوتین در بیماران قلبی عروقی
۱۳۳	مداخلات دارویی با داروهای روی پیشخوان
۱۳۸	مقرون به صرفه بودن درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات
۱۳۹	هزینه سال‌های زندگی با کیفیت تعدیل شده و هزینه درمان ترک سیگار
۱۴۳	بخش هفتم: گروه‌های خاص و سرفصل‌های خاص
۱۴۴	مقدمه
۱۴۵	درمان‌های مؤثر برای گروه‌های خاص
۱۴۸	ملاحظات بالینی برای گروه‌های خاص
۱۴۹	سیگاری‌های HIV مثبت
۱۴۹	سیگاری‌های بستری در بیمارستان
۱۵۵	اقلیت‌های قومی نژادی
۱۵۷	سایر گروه‌های خاص
۱۶۱	سایر محصولات دخانی
۱۶۹	افزایش وزن بعد از توقف مصرف دخانیات
۱۷۰	توصیه‌هایی برای پزشکان بالینی هنگام برخورد با مشکل افزایش وزن
۱۷۳	ضمیمه الف
۱۸۶	ضمیمه ب

یادداشت مترجم

کتابی که در پیش رو دارید ترجمه کتاب "Treating Tobacco Use and Dependence" می‌باشد. این کتاب توسط مرکز بیماری‌های غیر واگیر آمریکا با هم‌اندیشی هفت اتحادیه دولتی و غیردولتی در سطح بین‌المللی در سال ۱۹۹۴ برای اولین بار چاپ شد و تا به حال سه بار تجدید چاپ گردیده است.

این مجموعه با توجه به تغییرات بسیار در الگوی استعمال دخانیات در دنیا و پیشرفت‌های بسیاری که در علم اعتیاد شناسی در طی دو دهه گذشته اتفاق افتاده در سال ۲۰۰۸ به مضموم و شکلی که ملاحظه خواهید کرد، منتشر شد و در سال ۲۰۱۰ نیز تغییراتی پیشنهاد شد که تمام آنها در متن کتاب اضافه گردیدند. در این کتاب حدود ۸۷۰۰ مقاله بازبینی شده و منتخب مطرح و معرفی شده‌اند که در نوع خود کم نظیر و در میان کتب علمی رشته توباکولوژی بی نظیر است.

امیدوارم با ترجمه این کتاب، در راه موفقیت پزشکان و درمانگرانی که خواهان اعتلای سطح علمی خود و کمک به بیماران می‌باشند، و در جهت فکر و جسم و روان سالم افراد سیگاری، گامی هر چند کوچک برداشته باشم.

ترجمه این کتاب، بدون حمایت‌های استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمدرضا مسجدی که همواره با راهنمایی و حمایت خود باعث دلگرمی من شدند، ممکن نبود. همچنین از سرکار خانم سعیده طباطبایی‌زاده و سرکار خانم فائزه صفرعلی که در صفحه‌آرایی و تنظیم صفحات من را یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

دکتر هومن شریفی

دبیر شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کتاب «درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، سال ۲۰۰۸» توسط گروهی منتخب از متخصصین مختلف دولتی، غیردولتی و نمایندگان مسئول در برنامه‌های ترک مصرف دخانیات و شاغلین دیگر تهیه شده است. نمایندگان منتخب پانل که در تدوین آن شرکت نمودند مطابق فهرست زیر می‌باشند:

پانل متخصصین:

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

پانل مسئولین دولتی:

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

پانل ارائه‌کننده توصیه‌های عملکردی:

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

گزیده

در آمریکای امروز، دخانیات به عنوان مهمترین عامل قابل پیشگیری بیماری‌ها و مرگ و میر محسوب می‌گردد. میلیون‌ها نفر از آمریکاییان این سم را به صورت روزانه مصرف می‌کنند. مصرف این ماده باعث مرگ زودرس در حدود ۵۰۰ هزار نفر سالانه در آمریکا می‌شود و همین‌طور عامل ناتوانی و بیماری در بسیاری دیگر می‌شوند. حدوداً یک‌سوم از افراد سیگاری در این کشور دچار مرگ زودرس می‌شوند که علت آن مصرف دخانیات می‌باشد. برخلاف بسیاری از اپیدمی‌ها در گذشته، در اینجا یک دانش و آگاهی کامل از علت این مرگ و میرهای زودرس و ناتوانی وجود دارد که مصرف دخانیات می‌باشد. این یک رسم و آیین است که اعتیاد به دخانیات دارای قدرتی است که میلیون‌ها نفر از افراد سیگاری برای غلبه بر این اعتیاد ناتوان هستند و نمی‌توانند خودشان را از عواقب این امر رها کنند.

علی‌رغم شیوع بالا و پایدار مصرف دخانیات، پاسخ پزشکان و تشکیلات بهداشتی آمریکا ناامیدکننده است. مطالعات نشان می‌دهند که اکثر افراد سیگاری به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، ولی هیچ پیشنهادی را برای کمک در جهت ترک مصرف دخانیات دریافت نمی‌کنند. شکست فرد سیگاری در ترک و بی‌میلی پزشک بالینی برای انجام مداخله، می‌تواند منجر به بسیاری عوامل دیگر شود. تا این اواخر، درمان‌های مؤثر بسیار کمی در دسترس بوده، درمان‌های مؤثر به طور کامل شناخته شده نبودند و سیستم بهداشتی هم این درمان‌ها را حمایت و جزئی از خدمات خود قرار نداده بود. وقتی پزشک بالینی هیچ دوره آموزشی نمی‌گذراند و هیچ حمایتی از او برای درمان استعمال دخانیات نمی‌شود برای مؤاخذة و حل مشکل تنها سرزنش پزشکان بالینی مناسب نخواهد بود.

درمان‌های اخیر برای وابستگی به دخانیات، این امکان را به پزشکان بالینی می‌دهند که این عامل اصلی از دست‌رفتن زندگی، سلامتی و شادمانی را ریشه‌کن کنند. این یک امر ضروری است که پزشکان بالینی فعالانه مصرف دخانیات را ارزیابی و درمان نمایند. به علاوه، این امر نیز ضرورت دارد که بخش اجرایی امور بهداشتی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی باید سیاست‌ها و فعالیت‌های طراحی شده جهت کاهش شیوع دخانیات را حمایت کنند. هدف اصلی از این راهنما این است که پزشکان بالینی، متخصصین درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، مجریان امور بهداشتی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی با

توصیه‌هایی بر پایه شواهد، در مورد مداخلات کلینیکی و روش‌های مختلف که امکان ترک موفقیت‌آمیز را افزایش می‌دهند، آشنا شوند.

منابع راهنما

این راهنما با نام «درمان مصرف و وابستگی دخانیات» یک راهنمای عملی است که با حمایت بخش بهداشت عمومی انجام گرفت. این کتاب در مورد مصرف دخانیات و وابستگی به آن زیر نظر پانل راهنما، مسئولین مجمع، مشاوران و کارمندان سیستم بهداشتی تدوین شده است. برای تدوین این کتاب خبرگان بسیاری مسئول تشخیص راهی مؤثر و معتبر از نظر تجربی برای درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات بودند. این راهنما یک کار ارتقاء یافته عملی از راهنمای عملی کلینیکی برای ترک سیگار سال ۲۰۰۰ است که توسط مراکز تحقیقاتی و سیاست‌گذاری بهداشت عمومی، حمایت شده بود (اکنون به AHRQ معروف است).

تدوین راهنمای اولیه در پاسخ به درمان‌های جدید و مؤثر مصرف و وابستگی به دخانیات نوشته شد که از سال ۱۹۹۴ مطرح گردیدند و این امید را برای افزایش میزان ترک موفق زنده کردند. سرعت افزایش یابنده تحقیقات در حیطه دخانیات با این حقیقت مشخص می‌گردد که بین سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۴ حدود ۳۰۰۰ مقاله در مورد دخانیات منتشر شدند و این مقالات به عنوان جزئی از راهنما جمع‌آوری گردیدند. ۳۰۰۰ مقاله دیگر نیز بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۹ منتشر و جهت راهنمای اصلی جمع‌آوری گردیدند. در راهنمای سال ۲۰۰۸ حدود ۲۷۰۰ مقاله دیگر اضافه شد و در نهایت این ۸۷۰۰ مقاله بازبینی شده و تبدیل به گروه کوچک‌تری از مقالات شدند که به عنوان اساس آنالیز اطلاعات و نظریه پانل مطرح و معرفی شدند.

راهنمای حاضر توسط هم‌اندیشی از هفت اتحادیه دولتی و غیردولتی حمایت شد که شامل: مرکز تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (AHRQ)، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC)، انستیتوی ملی سرطان (NCI)، انستیتوی ملی قلب، ریه و خون (NFILBI) انستیتوی ملی سوء مصرف مواد و دارو (NIDA)، مؤسسه خیریه Robert Wood Johnson (RWJF)، مرکز تحقیقات و مداخلات دخانیات دانشکده پزشکی Wisconsin (CTRI). در نهایت، با توجه به اهمیت این بحث مهم برای سلامت آمریکایی‌ها، این راهنمای ارتقاء یافته توسط نظام پزشکی آمریکا، منتشر گردید.

سبک و ساختار راهنما

راهنمای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات با این هدف نوشته شد که مرتبط با تمام مصرف‌کنندگان دخانیات باشد، چه آنهایی که سیگارهای صنعتی مصرف می‌کنند و چه آنهایی که سایر فرم‌های محصولات دخانی را مصرف می‌کنند. بنابراین، اصطلاحات «مصرف‌کننده دخانیات» و «وابستگی به محصولات دخانی» با اشاره به «سیگاری» و «وابستگی به سیگار» به کار می‌روند.

بنابراین در اکثر موارد، توصیه راهنما مربوط به مصرف‌کنندگان تمام انواع محصولات دخانی می‌باشد. راهنمای ارتقاء یافته به هفت بخش تقسیم شده است:

بخش ۱، روش‌ها و راه‌کارها، در برگیرنده محتوای عملی و علمی مباحث همراه با توضیح روشی که یافته‌های این راهنما با آن قابل تفسیر می‌باشد.

بخش ۲، بررسی وضعیت مصرف دخانیات، توضیح این مطلب که چگونه وضعیت هر بیماری که به مراکز درمانی مراجعه می‌کند از نظر استعمال دخانیات سنجیده شود و چگونه تمام مصرف‌کنندگان محصولات دخانی از نظر میزان انگیزه به ترک سیگار مورد ارزیابی قرار بگیرند.

بخش ۳، مداخلات کلینیکی به منظور درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، خلاصه‌ای از مداخلات عملی روشن و صریح که به سادگی می‌توانند در مراکز اولیه بهداشتی ارائه گردند. در این بخش مداخلات جداگانه توضیح داده می‌شود، برای بیمارانی که مایل به ترک محصولات دخانی در حال حاضر هستند و برای بیمارانی که هنوز آمادگی برای ترک ندارند و یا بیمارانی که اخیراً ترک کرده‌اند.

بخش ۴، مداخلات کلینیکی متمرکز به منظور درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، مشخص‌کننده الگویی مناسب برای درمان متمرکز مصرف و وابستگی به دخانیات که شامل راه‌کارهای مؤثر می‌باشد. به خاطر اینکه درمان‌های متمرکز ایجادکننده بالاترین میزان موفقیت هستند، در راه‌کارهای مداخله‌ای محصولات دخانی یک جزء مهم به شمار می‌روند.

بخش ۵، مداخلات سازمانی در ارتباط با مدیران، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی: مرتبط با بخش اجرایی نظام درمانی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی، که در اصل در برگیرنده خط مشی اصلی برای تغییرات راهنما در نظام درمانی است مانند این که ارزیابی و مداخلات برای مصرف دخانیات یک «بحث اغماض شده» در نظام درمانی بوده است.

بخش ۶، شواهد و توصیه‌ها: نشان‌دهنده نتایج حاصل از آنالیزهای آماری راهنما و توصیه‌های منتج از آنها، آنالیزهای این راهنما در مورد سرفصل‌هایی مرتبط با درمان مصرف و وابستگی به دخانیات بحث می‌کند همانند؛ تأثیر راه‌کارهای مختلف مشاوره‌ای و درمان‌های دارویی، ارتباط بین شدت درمان و موفقیت درمان و این که آیا روند بیماریابی در کلینیک منجر به افزایش تشخیص افراد سیگاری می‌شود یا خیر؟ پانل در این بخش توصیه‌هایی اختصاصی در مورد تحقیقات آینده انجام داده است.

بخش ۷، گروه‌های خاص و سرفصل‌های خاص، ارزیابی شواهد برای مداخلات مربوط به وابستگی به دخانیات و تأثیر آنها در جمعیت‌های حاصل (مثلاً زنان، سیگاری‌های باردار، اقلیت‌های نژادی و دینی، سیگاری‌های بستری، سیگارهای همراه با اختلالات روانی و وابستگی‌های دارویی، کودکان و نوجوانان و سیگاری‌های مسن) پانل توصیه‌هایی خاص خود را در مورد این جمعیت‌ها در قالب تحقیقات آینده در این بخش نموده است. همچنین این بخش در برگیرنده اطلاعات و توصیه‌هایی در مورد افزایش وزن بعد از ترک سیگار، محصولات دخانی به جز سیگارهای صنعتی، آموزش پزشکان، ابعاد اقتصادی درمان وابستگی به دخانیات و مضرات کاهش مصرف است که پانل توصیه‌هایی در قالب تحقیقات آینده در مورد موارد بحث شده نموده است.

یافته‌ها و توصیه‌ها

توصیه‌های اصلی راهنمای سال ۲۰۰۸ درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی، براساس بازبینی مقالات و نظریه پانل به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- وابستگی به دخانیات یک بیماری مزمن است که غالباً نیاز به مداخلات مستمر پیدا می‌کند. به هر حال، توسط درمان‌های مؤثر امکان ترک طولانی‌مدت و حتی دائمی وجود دارد.
- ۲- این امر ضروری است که پزشکان بالینی و مراکز خدمات بهداشتی (شامل بخش اجرایی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی) درمان تمام بیماران سیگاری مراجعه‌کننده را به صورت ثبت شده، قانونی و اصولی انجام دهند.
- ۳- درمان مبتنی بر شواهد و مناسب وابستگی به دخانیات مؤثر است و تمام بیماران مصرف‌کننده حداقل باید دریافت‌کننده این درمان باشند.

- ۴- با توجه به در دسترس بودن درمان‌های مؤثر وابستگی به محصولات دخانی، هر بیمار مصرف‌کننده محصولات دخانی باید حداقل دریافت‌کننده یکی از درمان‌های مناسب وابستگی به دخانیات باشد. بیمارانی که مایل به ترک سیگار نیستند نیز باید دریافت‌کننده مداخلات انگیزشی و مختصر باشند تا میزان آمادگی آنها افزایش یابد.
- ۵- مشاوره گروهی، انفرادی و خط تلفنی ترک مؤثر می‌باشند و پزشکان بالینی باید در طی مشاوره دو مورد زیر را به بیماران خود ارائه دهند:
- مشاوره عملی (رفع مشکلات/ آموزش مهارت‌ها)
 - حمایت اجتماعی به عنوان بخشی از درمان
- ۶- بسیاری از درمان‌های دارویی مؤثر برای ترک سیگار در حال حاضر در دسترس می‌باشد. به جز در مواردی که منع مصرف وجود دارد، این داروها باید در تمام بیمارانی که اقدام به ترک می‌کنند انجام شود.
- هفت دارو (پنج داروی جایگزین نیکوتین و دو داروی غیرنیکوتینی) به عنوان خط اول درمان شناخته شده‌اند که به صورت معنی‌داری میزان ترک طولانی‌مدت را افزایش می‌دهند.
- Bupropion SR (بوپروپیون آهسته‌رهش)
 - Nicotin gum (آدامس نیکوتینی)
 - Nicotin inhaler (افشانه نیکوتینی)
 - Nicotin Lozenges (قرص زیرزبانی نیکوتینی)
 - Nicotin nasal spray (اسپری بینی نیکوتینی)
 - Nicotin patch (پوستی نیکوتینی)
 - Varenicline (وارنیکلین)
- ترکیب بعضی از این داروها نیز از نظر پانل در درمان مصرف و وابستگی به دخانیات مؤثر است.
- ۷- مشاوره و درمان‌های دارویی در درمان مصرف و وابستگی به دخانیات مؤثر هستند و ترکیب این دو روش مؤثرتر از استفاده از هر کدام به تنهایی است.

- ۸- مشاوره ترک تلفنی در جوامع متعددی مؤثر بوده و می‌تواند به افراد بسیاری کمک کند. در نتیجه، توصیه می‌شود پزشکان بالینی از نحوه مشاوره تلفنی آگاه بوده و بیماران خود را نیز به آن تشویق نمایند.
- ۹- در صورت عدم تمایل به ترک دخانیات، توصیه می‌شود پزشکان بالینی شیوه‌های تشویقی را به کار برده که ممکن است در آینده به کار رود.
- ۱۰- شیوه‌های درمانی اعتیاد به دخانیات می‌توانند در مقایسه با درمان ناراحتی‌های دیگر بسیار سودمند و به صرفه باشند. در صورت استفاده از این شیوه‌ها، موارد ترک افزایش می‌یابند. بیمه‌کنندگان و افراد تشویق به آگاهی و حمایت از چنین مراقبت‌هایی می‌شوند و حمایت مشاوره و دارودرمانی در این زمینه توصیه می‌شود.

مزایای ارتقای راهنما

یک مقایسه در میان یافته‌های راهنمای سال ۲۰۰۸ با راهنمای قبلی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که یک پیشرفت قابل مقایسه در زمینه تحقیقات دخانیات، این دو کار را کاملاً از همه قابل تشخیص کرده است. در میان بسیاری تفاوت‌ها که بین دو اثر وجود دارد، مطالب زیر نیاز به دقت خاصی دارند:

- راهنمای سال ۲۰۰۸ مدارک مستدلی به نفع ارتباط بین شدت انجام مشاوره‌ها و نتایج موفق درمان به دست می‌دهد و همچنین شواهدی به نفع سودمندی سایر راه‌کارهای مشاوره ارائه می‌دهد. اینها شامل مشاوره تلفنی و مشاوره‌هایی است که شخص از محیط خارج درمان به عنوان حمایت دریافت می‌کند.
- راهنمای سال ۲۰۰۸ در مقایسه با راهنمای اولیه، به پزشکان بالینی درمان‌های دارویی مفیدتر و بیشتری را ارائه می‌دهد. در حال حاضر هفت درمان دارویی متفاوت و مؤثر برای ترک سیگار وجود دارد که به بیمار و پزشک بالینی اجازه می‌دهد تا انتخاب‌های خود را داشته باشند. اطلاعات بیشتری نیز در مورد تأثیر درمان ترکیبی و داروهایی که به صورت روی پیشخوان در دسترس می‌باشند، وجود دارد.
- راهنمای سال ۲۰۰۸ شواهدی مطرح می‌کند که درمان‌های ترک سیگار که در این کتاب مؤثر معرفی شده‌اند (هم درمان دارویی و هم مشاوره) در مقایسه با اقدامات و

مداخلات دیگر پزشکی (مثلاً درمان هایپرلیپیدمی و غربالگری ماموگرافی) مقرون به صرفه هستند. پانل به این نتیجه می‌رسد که درمان‌های ترک سیگار با توجه به مقرون به صرفه بودن و مؤثر بودنشان، باید به بیماران ارائه شوند.

امید آینده

شواهد و مستندات راهنمای سال ۲۰۰۸ امیدواری فراوانی را برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات ارائه می‌دهد. این امید از مقایسه اولین راهنما در سال ۱۹۹۶ با این راهنما حاصل می‌گردد. حدود ۲۰ سال پیش از این، اطلاعات نشان می‌داد که پزشکان بالینی به ندرت اقدام به درمان بیماران سیگاری می‌کردند و غالباً در انجام مداخلات ترک سیگار شکست می‌خوردند. اطلاعات اخیر نشان می‌دهند که این آمار به طور معنی‌داری در طی دو دهه اخیر تغییر نکرده است. راهنمای سال ۲۰۰۸ گروهی از یافته‌ها را ارائه می‌دهد که مؤید تغییرات بسیار هستند. این راهنما مشخص می‌نماید که بسیاری از درمان‌های موجود مؤثر هستند و این درمان‌ها می‌توانند احتمال ترک طولانی‌مدت را دو تا سه برابر نمایند. بسیاری از این درمان‌ها برای خدمات اولیه بهداشتی مناسب می‌باشند و درمان‌های ترک سیگار نسبت به بسیاری از مداخلات کلینیکی دیگر مقرون به صرفه‌تر می‌باشند و مصرف و تأیید درمان‌های ترک می‌تواند با سیاست‌های حمایتی سیستم بهداشتی تقویت گردند (مثلاً پوشش از طریق طرح‌های بیمه). در نهایت، راهنمای سال ۲۰۰۸، درمان‌هایی را که از نظر علمی دارای اعتبار کافی هستند معرفی می‌نماید و چگونگی استفاده از این درمان‌ها را برای هر چه مؤثرتر و مستمرتر بودن آنها ارائه می‌دهد. پانل بسیار خوشبین است که این راهنما گشایشی باشد برای یک دوران جدید و امیدوارکننده در روش‌های درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی. این راهنما بسیاری قوانین جدید را در فرهنگ نظام درمانی معرفی نموده است، که یکی از آنها دسترسی هر فرد سیگاری به درمان‌های مؤثر برای ترک است. این استاندارد جدید از مراقبت‌ها، به پزشکان بالینی و سیستم‌های مراقبت بهداشتی کمک می‌کند تا با بیشترین فرصت به ارتقاء سطح سلامت فعلی و آینده بیماران پردازند.

بخش اول :
نگاه اجمالی و روشها

مقدمه

مصرف دخانیات در رأس علل قابل پیشگیری بیماری‌ها و مرگ و میر در جامعه ما می‌باشد، که مسئول بیش از ۴۳۵ هزار مرگ در آمریکا در هر سال می‌باشد. استعمال دخانیات یک علت شناخته شده برای سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، سگته مغزی-عوارض دوران بارداری و بیماری‌های مزمن تنفسی می‌باشد. با در نظر گرفتن خطرات سلامتی ناشی از دخانیات و آگاهی عمومی نسبت به این خطرات، مصرف دخانیات به طور عجیبی همچنان وجود دارد. آمار اخیر نشان می‌دهد که ۲۱٪ بالغین آمریکایی سیگار می‌کشند که این رقم به معنای ۴۵ میلیون فرد سیگاری است. علاوه بر آن، شیوع استعمال دخانیات در بین نوجوانان از سال ۱۹۹۰ به طور شدیدی افزایش یافته است. به طوری که در هر روز ۴۰۰۰ نفر به مصرف‌کنندگان سیگار می‌پیوندند و حدود ۱۲۰۰ نفر سیگاری منظم به این عدد اضافه می‌شود. نتیجه حاصله آن است که نسل جدید آمریکایی‌ها به دخانیات وابسته شده و در معرض عواقب خطرناک آن قرار خواهند گرفت. مصرف دخانیات نه تنها برای شخص مصرف‌کننده مضر است، این مسئله همچنین منجر به مخارج سرسام‌آور اجتماعی می‌شود. مخارج وابسته به مصرف دخانیات در حرفه پزشکی در سال بیش از ۹۶ میلیون دلار می‌باشد. همچنین به جز هزینه خود سیگار، هر بسته سیگار حدود ۷/۱۸ دلار به ازای هر بسته خرج به همراه دارد و مجموعه این مخارج برای فرد سیگاری حدود ۴۰ دلار به ازای هر بسته می‌شود.

با وجود پیامدهای غم‌انگیز سلامتی ناشی از مصرف سیگار، پزشکان بالینی غالباً در ارزیابی و درمان مصرف سیگار به طور مؤثر و پیگیر، موفق نیستند. برای مثال، در سال ۱۹۹۵ فقط در ۶۷٪ ویزیت‌های کلینیکی برای مصرف دخانیات از بیماران سؤال شد و مشاوره برای ترک سیگار فقط در ۲۲٪ از ویزیت‌های کلینیکی سیگاری‌ها انجام گرفت. علاوه بر آن، درمان فقط به بیمارانی پیشنهاد گردید که قبلاً دچار یکی از بیماری‌های وابسته به استعمال دخانیات شده بودند. این شکست در ارزیابی و درمان مصرف‌کنندگان دخانیات در حالی است که شواهد مستدلی مبنی بر مفید بودن شیوه‌های درمانی مختصر برای توقف مصرف وجود دارد. این روند در سال ۲۰۰۵ بهبود حاصل کرد به طوری که ۹۰ درصد بیماران پاسخگوی وضعیت استعمال دخانیات خود در طی ویزیت‌ها بوده و ۷۰ درصد دریافت‌کننده درمان در این مورد بودند. همچنین استفاده از درمان‌های استاندارد ترک سیگار بسیار کم بود طوری

که تنها ۲۱/۷ درصد کسانی که حداقل یک روز در طی سال گذشته سیگار نکشیدند از داروهای ترک سیگار استفاده نموده بودند.

این مطالب بیانگر این نتایج هستند که در شرایطی قرار داریم که:

(۱) یک تهدید مشخص برای سلامت وجود دارد.

(۲) عدم تمایل در میان پزشکان بالینی برای دخالت مستمر برای ترک سیگار دیده می‌شود.

(۳) نیاز به یک دخالت مؤثر به طور همزمان وجود دارد.

این نکته آخر بیانگر این مطلب است که مداخلات ترک سیگار، اگر با یک روش زمان‌بندی شده و مؤثر ارائه گردد، به طور مشخصی احتمال ابتلا به بیماری‌های وابسته به استعمال دخانیات را کاهش می‌دهند.

در نهایت، موانع خاصی هم وجود دارند که با پشتکار پزشکان بالینی و درمان و ارزیابی آنها قابل رفع هستند. بسیاری از پزشکان بالینی این آگاهی را که چه طور سیگاری‌ها را سریع و به راحتی تشخیص دهند ندارند، یا اینکه چه درمانی مؤثر خواهد بود، چگونه این درمان باید به بیمار ارائه شود و سودمندی وابسته به هر نوع درمان چه قدر است. علاوه بر آن شاید پزشکان بالینی یا بیماران در طی روند مداخله ناامید شوند که غالباً به خاطر بی‌کفایتی کلینیک و حمایت‌های مؤسسه در درمان‌های روتین مصرف دخانیات، یا به خاطر دلایل دیگر مثل محدودیت‌های زمانی خواهد بود.

دلایل تدوین و به روزرسانی راهنما

در اوایل دهه ۱۹۹۰، مرکز تحقیقات و سیاست‌گذاری سلامت (که در حال حاضر آژانس تحقیقات و کیفیت سلامتی (AHCPR) نامیده می‌شود) برنامه جامعی به نام راهنمای بالینی ترک سیگار شماره ۱۸ از سری‌های AHCPR از راهنماهای عملی کلینیکی، را تدوین کرد. دلایل ایجاد این راهنما براساس عوامل متعددی بود که شامل: شیوع بالای مصرف سیگار، ناتوانی و مرگ و میر ناشی از مصرف سیگار، مشکلات اقتصادی ناشی از دخانیات، تفاوت‌های خدمات بالینی، در دسترس بودن روش‌ها برای پیشبرد بهداشت، در دسترس بودن اطلاعاتی که مطابق آنها سطح بهداشت ارتقاء می‌یافت، بود.

از زمانی که راهنما در سال ۱۹۹۶ منتشر شد، به عنوان یک سند معتبر مطرح گردید. بیش از یک میلیون کپی از این راهنما و محصولات فرعی آن منتشر شدند. توصیه‌های کتاب راهنما بسیاری تغییرات را در اماکن بهداشتی و درمانی ایجاد کرد.

تحقیقات زیادی در زمینه مصرف دخانیات و درمان آن از زمان انتشار نسخه اولیه این راهنما انجام گرفته است. در نتیجه این تحقیقات، یک پانل تخصصی برای ارتقاء Smoking cessation clinical practice guideline No.18 در سال ۱۹۹۸ شکل گرفت. تهیه این راهنما با همراهی بخش‌های خصوصی و دولتی انجام گرفت که شامل: AHRQ، انستیتوی ملی سرطان (NCI)، انستیتوی ملی قلب و خون و ریه (NHLBI)، انستیتوی ملی سوء مصرف مواد و دارو (NIDA)، دفتر پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC)، مؤسسه Robert Wood Johnson، دانشگاه Wisconsin Medical School's برای تحقیقات و مداخلات دخانیات، بودند.

راهنمای اولیه موانعی را که برای یک مداخله ترک سیگار وجود دارد را مشخص نمود که این کار بر پایه ارزیابی دقیق و جمع‌بندی مدارک علمی بوده است. این راهنما شامل پیشنهادات خاص و براساس شواهدی است که به پزشکان بالینی و متخصصان ترک سیگار کمک در ارائه خدمات ترک سیگار می‌کند. مطالب دیگری هم در این راهنما برای بیمه‌گرها، مشتریان و کسانی که در پذیرش بیماران در سیستم بهداشتی مشغول هستند، ارائه شده است تا به پیشبرد و انجام و گاهی تغییراتی که در سیاست‌های کنترل دخانیات اعمال می‌شود، کمک کند.

راهنمای موجود، «درمان مصرف و وابستگی به دخانیات»، شامل یک سری توصیه‌هایی است که براساس مدارک منتشر شده از تاریخ ۱ ژانویه ۱۹۹۹ تا سال ۲۰۰۸ تدوین شده‌اند. این راهنما تأکید بر سه واقعیت در مورد مصرف دخانیات دارد. اول، تمام محصولات دخانی، نه فقط سیگارهای صنعتی، دقیقاً از بین بردن سرمایه بهداشت عمومی و خدمات بیمه‌ای است. دوم، برای اغلب مصرف‌کنندگان، مصرف سیگار منجر به یک وابستگی دارویی حقیقی می‌شود، تا حدی که قابل مقایسه با وابستگی ناشی از مواد مخدر مثل آمفتامین یا کوکائین است. سوم، مصرف مزمن دخانیات تضمینی است برای مداخلات بالینی.

اکثر مصرف‌کنندگان دخانیات در آمریکا، سیگارهای صنعتی مصرف می‌کنند. در نتیجه، اکثر توجه پزشکان بالینی و تحقیقات آنها در این زمینه کاری متمرکز بر درمان و کمک به ترک سیگار است. به هر حال، پزشکان بالینی باید با تمام مصرف‌کنندگان محصولات دخانی سر و کار داشته باشند نه فقط سیگاری‌ها. به منظور هر چه جامع‌تر شدن این راهنما، تمام کوشش‌ها بر این جهت بود که مداخلات برای تمام انواع مصرف محصولات دخانی تعمیم

یابند. در بعضی قسمت‌های این راهنما (به عنوان مثال قسمت‌هایی از بخش ۶) کلمه «سیگاری» به جای «مصرف‌کننده دخانیات» آمده است. استفاده از اصطلاح «سیگاری» فقط این معنی را می‌دهد که تمام مدارک مربوطه برای این توصیه خاص، منحصرأ ناشی از مطالعات بر روی مصرف‌کنندگان سیگارهای صنعتی به دست آمده است. بحث‌های اضافی از فرم‌های غیرسیگارتی مصرف دخانیات در بخش ۷ آمده است. باید دقت داشته باشیم که سایر راهنماها و مرور مقالات که در مورد درمان مصرف و وابستگی به دخانیات منتشر شده است، شامل مقالاتی است از طرف انجمن روانشناسان آمریکا، نظام پزشکی آمریکا، راهنمای بریتانیای کبیر و Cochrane collaboration منتشر شده است.

وابستگی به دخانیات به عنوان یک بیماری مزمن

وابستگی به دخانیات بسیاری از خصوصیات یک بیماری مزمن را نشان می‌دهد. اگر چه اقلیت مصرف‌کنندگان دخانیات یک موفقیت کامل را در ابتدای اقدام به ترکشان به دست می‌آورند، ولی اکثر آنها برای سال‌ها مصرف دخانیات را ادامه می‌دهند و دوره‌های متعددی از عود و ترک را تجربه می‌کنند. شکست در پذیرش این واقعیت که وابستگی به دخانیات یک طبیعت مزمن داد شاید بسیاری از پزشکان بالینی را در ارائه درمان پایدار ناموفق کند.

داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که بیش از ۷۰ درصد از ۴۵ میلیون سیگاری ایالات متحده، خواهان ترک سیگار هستند و ۴۴ درصد در هر سال حداقل یک بار ترک سیگار را تجربه می‌کنند. متأسفانه اغلب این تلاش‌ها ناموفق است و از ۱۹ میلیون نفری که در سال ۲۰۰۵ سعی به ترک سیگار داشته‌اند، تنها ۴ تا ۷ درصد بعد از یک سال هنوز در ترک بوده‌اند. این آمار ناامیدکننده باعث شده است که بسیاری از پزشکان، خود را در درمان وابستگی به دخانیات ناموفق بدانند؛ از این‌رو بسیاری از تحقیقات و تجارب بالینی در ۳ دهه گذشته به دنبال یافتن راهی برای تبدیل افراد سیگاری به غیرسیگاری بوده است.

این اقدام شاید به طور ناخواسته بیانگر دو مطلب بوده است: اول، برای افراد سیگاری درمان وجود دارد که می‌تواند برای تمام آنها، نوعی از این درمان به کار رود. دوم، موفقیت فقط باید زمانی اطلاق گردد که اقدامات منجر به پرهیز دائمی از سیگار شود. مصرف سیگار به طور اساسی یک بیماری مزمن است که احتمال عود برای هفته‌ها، ماه‌ها و شاید سال‌ها هم‌چنان باقی می‌ماند. یک اقدام منطقی این است که مزمن بودن وابستگی به دخانیات را در نظر داشته باشیم و در نظر بگیریم که اساس یک بیماری مزمن جنبه‌های مختلفی را به همراه

دارد. باید این مسئله که طبیعت طولانی مدت بیماری و همین طور انتظار اینکه بیماران دوره‌های عود و بهبودی را داشته باشند همیشه مدنظر باشد. اگر مصرف دخانیات به عنوان یک بیماری مزمن شناخته شود، پزشکان بالینی به جای اینکه به دنبال یک درمان حاد برای یک بیماری حاد باشند، درک بهتری از طبیعت عود بیماری و مقتضیات درمان خواهند داشت. پزشکان بالینی همچنان باید در نظر داشته باشند که علی‌رغم پتانسیل عود در این بیماری، درمان‌های مؤثر بی‌شماری در حال حاضر در دسترس است و در این راهنما آمده است.

طبیعت یک بیماری مزمن این الزام را به پزشکان بالینی می‌دهد که مشاوره و توصیه، بخش مهمی از درمان می‌باشد. اگرچه اکثر پزشکان در هنگام مشاوره با بیمارانشان در مورد دیابت، پرفشاری خون یا هایپرلیپیدمی احساس راحتی دارند ولی در هنگام مشاوره با آنها در مورد مصرف دخانیات احساس غیرمفید بودن دارند. همانند سایر بیماری‌های مزمن، پزشکان بالینی که با بیماران مزمن وابسته به دخانیات روبرو هستند باید اقدام به مشاوره و توصیه‌های ساده همراه با حمایت و تجویز داروهای مناسب نمایند. در ادامه این راهنما، این کتاب یافته‌های مرور شده براساس شواهد مختلف را در قالبی که در دسترس و آشنا باشد برای پزشکان بالینی که در این زمینه کار می‌کنند، ارائه می‌دهد. اگرچه این کمک‌ها برای پزشکان بالینی در جهت ارزیابی و درمان بیماران مفید هستند، پزشکان بالینی باید واقف باشند که عود همیشه ممکن است به وقوع بپیوندد و این امر فقط نشانه مزمن بودن بیماری است نه شکست آنها یا شکست بیمارانشان.

روش تکمیل راهنما

مقدمه

توصیه‌های ارائه شده در این راهنما غالباً در جهت‌ی هستند که پزشکان بالینی را با استراتژی‌های مؤثر درمانی برای بیمارانی که مصرف‌کننده دخانیات هستند، آشنا کند. این توصیه‌ها تحت تأثیر دو هدف اصلی بود، اول مشخص کردن کارا بودن این راه‌کارهای درمانی و دوم پیدا کردن روشی برای توصیه‌های حاضر تا به سهولت قابل اجرا باشند. این راهنما بر پایه سه بازنگری جامع از مطالب علمی قابل دسترس بنا نهاده شده است. بازنگری اول در طی انتشار راهنمای ابتدایی در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت و شامل مطالبی بود که از سال ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۴ منتشر شده بود. بازنگری دوم در اصل برای ارتقاء راهنما انجام گرفت و شامل مقالات از سال ۱۹۹۵ تا ۱ ژانویه ۱۹۹۹ بود و بازنگری سوم مقالات بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ را نیز شامل شد.

این کتاب برای هر چه بالاتر بردن سطح مداخلات درمانی یک مقایسه کلی بین مطالعات آزموده شده و مطالعاتی کنترل شده، انجام داد. بنابراین، شواهد موجود نشأت گرفته از مطالب بازبینی شده می‌باشد که به عنوان پایه مرور مقالات قلمداد شده‌اند.

عنوان‌هایی که در این راهنما وجود دارد

این کتاب مصرف محصولات دخانی را به عنوان «رفتار هدف» و مصرف‌کنندگان این محصولات را به عنوان «جمعیت بالینی مورد نظر» در نظر گرفته است. درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات بر پایه مؤثر بودنشان ارزیابی شدند و هدف مداخلات بر پایه انجام این اعمال هم توسط پزشکان بالینی و هم توسط سیستم خدمات بهداشتی، پایه‌گذاری شد. مداخلات برای پیشگیری اولیه از مصرف دخانیات چندان به تفصیل بررسی نشد مگر مداخلاتی که مستقیماً مربوط به کارهای بالینی می‌شد. به خاطر اهمیت و پیچیدگی مسئله پیشگیری اولیه از شروع مصرف دخانیات، توصیه شده است که این بخش در راهنمای جداگانه‌ای ارائه گردد. خوانندگان همچنین می‌توانند به چاپ ۲۰۰۸ از کتاب Surgeon General's Report، پیشگیری از مصرف دخانیات در نوجوانان و جوانان، مراجعه کنند. این راهنما برای سه گروه مختلف طراحی شده است: اشخاصی که در سطح اول بهداشتی مشغول هستند، متخصصانی که در حیطه درمان وابستگی به دخانیات مشغول به کار هستند

و کسانی که در بخش اجرایی سیستم بهداشتی هستند و بیمه‌کنندگان و مشتریان خدمات بهداشتی. به علاوه، این راهنما برای استفاده در سطح وسیعی از مراکز درمانی طراحی شده است که شامل، مطب‌های خصوصی، مراکز بهداشتی دانشگاهی، سازمان‌های تأمین سلامت محیط، کلینیک‌های بهداشت عمومی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های مدارس و اماکن اداری. در ابتدای ایجاد این روند، اعضای اصلی این راهنما، برای اطمینان از جنبه‌های مختلف و اعتلای بار علمی مورد مشاوره قرار گرفتند. این مشورت‌ها منتج به توصیه‌های زیر برای بالا بردن بار علمی این راهنما شده است:

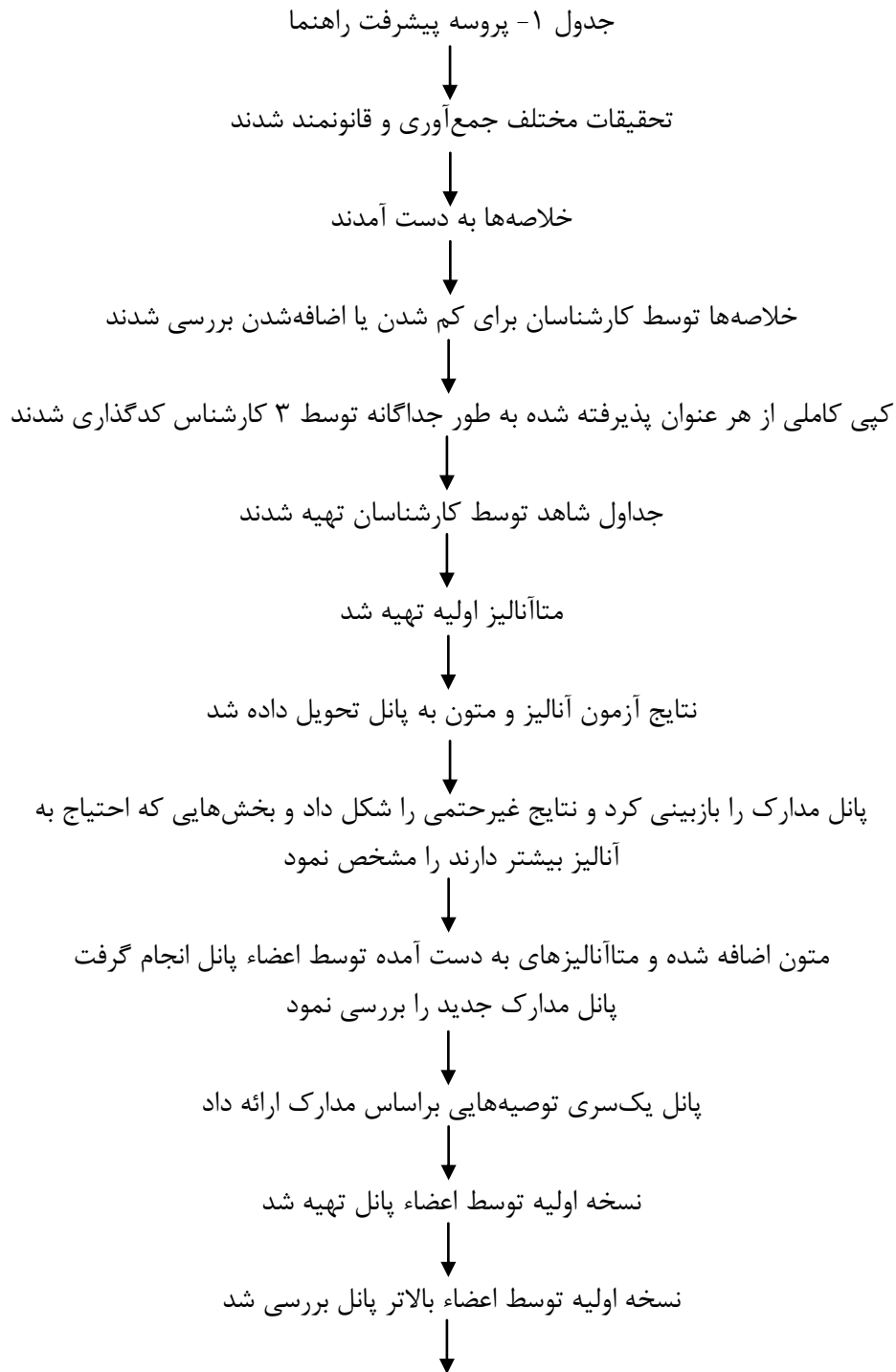
- i. اعتلای بار علمی تمام توصیه‌هایی که در راهنمای اصلی وجود داشته و در حال حاضر با یافته‌های علمی جدید تکمیل می‌گردند.
- ii. تدارک اطلاعات و توصیه‌هایی در مورد تغییراتی که در سیستم بهداشتی ایجاد شده و وابسته به روند ترک سیگار است مثل مقرون به صرفه بودن ترک سیگار.
- iii. خلاصه کردن مقالات و توصیه‌ها با در نظر گرفتن جمعیت عمومی.
- iv. مشخص نمودن راه‌کارها و مکان‌هایی که هنوز از نظر اطلاعاتی تکمیل نشده‌اند، در حین تکمیل این راهنما.

پروژه تکمیل راهنما

تکمیل و پیشرفت راهنمای اصلی در اواخر سال ۱۹۹۳ آغاز گردید. روند تکمیلی در اواسط ۱۹۹۸ آغاز گردید. قسمت واژه‌شناسی غالباً بین این دو تاریخ ثابت بود غیر از مواردی که خصوصاً در ذیل مشخص شده است (جدول ۱). تدوین راهنمای سال ۲۰۰۸ در اواسط سال ۲۰۰۶ آغاز شد.

انتخاب مدارک

انتشار، بازبینی و مطالعات تصادفی به عنوان اجزاء بسیار مهم از مدارک برای اطمینان از توصیه‌های این راهنما در نظر گرفته شده‌اند. این تصمیم بر پایه این قضاوت بود که مطالعات کنترل تصادفی فراهم‌کننده شفاف‌ترین شواهد علمی بر پایه کارا بودن این راهنما بوده است. پانل این تصمیم را با این دانش که محدودیت‌های مطالعات کنترل تصادفی بسیارند و خصوصاً این که عمومیت بخشیدن به خواست بیمار و کمیت درمان هم حایز اهمیت است، اتخاذ کرد.



نسخ تهیه شده توسط همتایان بررسی شد



نسخه طراحی و منتشر گردید

بررسی مقالات و وارد کردن شاخص‌ها

حدوداً ۸۷۰۰ مقاله مورد بازخوانی قرار گرفت تا ارزشمندی آنها بررسی شود. ۳۰۰۰ مقاله در طی پروسه اولیه و بقیه در طی ارتقاء این کتاب مورد بررسی قرار گرفتند. این مقالات از طریق جستجو در منابع اطلاعاتی الکترونیکی و بازخوانی خلاصه مقالات و کتاب‌های مختلف به دست آمدند. یک مقاله در صورتی برای مرور جالب می‌بود که شاخص‌هایی که پانل مشخص نموده بود را دارا بوده باشد. این شاخص‌ها این بود که:

(الف) نتایج گزارش شده از یک کنترل تصادفی یا مقایسه‌ای از یک روش ترک دخانیات در بیماران، انجام شده باشد.

(ب) نتیجه پیگیری از تحقیق انجام شده به فاصله ۵ ماه بعد از روند کار نیز ارائه شده باشد.

(ج) در یک مجله علمی معتبر منتشر شده باشد.

(د) بین اول ژانویه ۱۹۷۵ تا اول ژانویه ۲۰۰۸ منتشر شده باشد.

(ه) به زبان انگلیسی منتشر شده باشد.

به علاوه مقالاتی که در طی زمان ارتقاء این کتاب انتخاب شدند، مجدداً برای ارتقاء مقاصد بهداشتی یا اقتصادی مورد بررسی قرار گرفتند. در نتیجه بررسی مقالاتی که انتخاب شده بودند در طی زمان ارتقاء این کتاب، مجدداً برای ارتقاء مقاصد بهداشتی یا اقتصادی مورد بررسی قرار گرفتند.

این مسئله مهم است که توجه داشته باشیم به علت شاخص‌هایی که در روش جمع‌آوری اطلاعات در طی ارتقاء راهنما ذکر شد، بعضی از مطالعات در بخش اولیه راهنما وجود داشتند که در بخش تعمیمی اضافه نشده و از کل راهنما حذف گردیدند.

وقتی ناشران مختلف مقالات زیادی را در مورد مطلبی خاص منتشر کردند، این مقالات برای دارا بودن یک چارچوب تعیین شده، بررسی می‌شدند. وقتی دو مقاله یک سری از اطلاعات را در مورد یک گروه از موضوعات ارائه می‌داد، هر دوی این مقالات برای استنتاج اطلاعات و آنالیز آنها به کار می‌رفتند.

مراحل آماده‌سازی جداول مربوط به شواهد

نفراتی که بازخوانی مقالات و کدگذاری آنها را انجام می‌دادند، به طور جداگانه این اطلاعات را که حاوی شاخص‌های مورد بحث هستند را جدا می‌کردند. نفراتی که بازخوانی انجام می‌دادند، مشخصات روش درمانی که در آنالیز اطلاعات به کار رفته بودند را کدگذاری نمودند (بخش ۶). همان روند کدگذاری که در طی تهیه راهنمای اولیه به کار رفت، در طی تهیه این راهنما نیز به کار رفت. وقتی تنظیمات برای پروسه کدگذاری انجام گرفت، مقالات اولیه دوباره کدگذاری شدند تا تغییرات لازم در سیستم کدگذاری را مشخص کنند. (مثلاً، در طی روند تدوین مقدار زیادی از روش‌های مشاوره و رفتار درمانی تخصیص داده شد تا کار تخصصی مشاوره اهمیت بیشتری داشته باشد). افرادی که بازخوانی را انجام دادند، مجدداً سیستم کدگذاری را مقایسه نمودند. وقتی این روند توسط مدیر پروژه، رئیس پانل و یا مشاور علمی مربوطه انجام می‌گرفت، هیچ مورد اختلافی نمی‌توانست باقی بماند. به عنوان یک تست برای روند کدگذاری برای ارتقاء اطلاعات، یک آنالیز قابلیت اطمینان inter-rater در مورد چهار شاخص کدگذاری شده: ساختار، نوع پزشک، نوع مشاوره و درمان رفتاری و سطح تماس پزشک بالینی با فرد. استفاده از متد تناسب همپوشانی (proportional overlap method) برای ساختار، پزشک و مشاوره و رفتار درمانی و متد پاسخ جزئی (nominal response) برای درجه تماس فرد با فرد و آنالیز قابلیت اطمینان در مورد مطالعات که همه آنها توسط همان نفرات بازخوانی‌کنندگان انجام گرفت، اجرا شد. نتایج مشخص‌کننده این قابلیت‌های اطمینان chance corrected inter-rater برای هر یک از شاخص‌ها به شرح ذیل بودند: Kappa=0.73 برای ساختار، Kappa=0.72 برای پزشکان بالینی، Kappa=0.77 برای مشاوره‌ها و رفتار درمانی‌ها و Kappa=0.78 برای سطح تماس پزشک بالینی با فرد.

نتایج اطلاعات

برای پی بردن به درستی شاخص‌ها برای متاآنالیزها، یک مطالعه نیاز بود تا فراهم‌کننده نتایج اطلاعات با یک پیگیری حداقل ۵ ماهه بعد از روز ترک مورد نظر باشد. این پنج ماه انتخاب شده بود برای متعادل کردن نیازها به منظور؛ الف) وجود تعداد زیادی از مطالعات برای متاآنالیز و ب) برای آزمودن اهمیت بالینی نتایج (به عنوان مثال پرهیز از استعمال دخانیات در درازمدت). وقتی میزان‌های ترک در موارد طولانی‌مدت که از نظر زمانی متفاوت بودند تعیین شدند، میزان مؤثر بودن آنها و خصوصاً آنهایی که به ۶ ماه نزدیک‌تر بودند، تا

جائی که از حداکثر ۳ سال نگذشته باشند، در نظر گرفته شدند. عملاً تمام مطالعات متاآنالیز مربوط به ترک در این راهنما براساس این نتایج اطلاعات درازمدت انجام گرفت. (یک استثنا در این مورد مطالعات متاآنالیز درمان‌های ترک در خانم‌های باردار است که تا حدی اجازه داده شد با پیگیری کوتاه‌مدت‌تری انجام گیرد به این منظور که اطلاعات را تا قبل از زایمان به دست آوردند).

اعضاء پانل همچنین تأییدهای بیوشیمیایی از موارد ترک انفرادی را هم کدگذاری کردند. مطالعات متاآنالیز راهنمای قبلی نشان می‌دهد که مطالعات همراه یا بدون تأییدات بیوشیمیایی نتایج یکسانی داشتند. بنابراین، متاآنالیزهایی که در این راهنما وجود دارد منعکس‌کننده مجموعه‌ای از هر دو نوع مطالعه می‌باشد. تنها استثناء در این مورد در آنالیزهای دوران بارداری است. اطلاعات این طور به نظر می‌رسند که میزان‌های ترک انفرادی شاید در خانم‌های باردار کمتر قابل اطمینان باشد، بنابراین، مطالعات متاآنالیز مربوط به بارداری شامل فقط ترکیب‌هایی است که توسط آنالیزهای بیوشیمیایی تأیید شده باشند.

دو فرم از اطلاعات مربوط به کفایت و مؤثر بودن درمان و پیگیری وجود داشتند. اولین و در اصل مرجع این اطلاعات، اطلاعات مربوط به اقدام به درمان بود که در آن مخرج کسر تعدادی از بیماران بودند که به صورت تصادفی برای درمان انتخاب شدند و صورت کسر تعدادی از بیماران بودند که در پیگیری اظهار ترک سیگار می‌کردند. دومین فرم از اطلاعات مشابه بود، به جز این که مخرج کسر شامل فقط بیمارانی بودند که درمان را کامل کرده بودند. سایر انواع اطلاعات پیگیری در این بررسی‌ها وارد نشدند (مثلاً مطالعاتی که در طی آنها مخرج کسر شامل مواردی بودند که در طی پیگیری با آنها تماس گرفته شد) اگر امتناع از مصرف استعمال دخانیات در طی یک زمان مشخص بود (معمولاً ۷ روز) قبل از اقدام به پیگیری، نتیجه به عنوان «ترک نقطه‌ای» مشخص می‌شد. از واژه «ترک مداوم» وقتی استفاده می‌شد که موارد مورد مطالعه به طور مستمر عدم مصرف را از روز ترک خود گزارش می‌کردند. واژه «نامشخص» نیز وقتی استفاده می‌شد که تشخیص از روی گزارش ممکن نمی‌شد که آیا ترک نقطه‌ای یا ترک مداوم را برای آن به کار ببرند.

روش‌های استفاده شده برای مطالعات متاآنالیز

روش اصلی که در این راهنما به کار رفت مطالعه متاآنالیز بود. این روش آثار درمان یا یک متغیر دیگر را در رابطه با یک سری از مسائل مربوط به آن برآورد می‌نماید. مدل اولیه مطالعه متاآنالیز که در این راهنما و راهنماهای قبلی به کار رفت logistic regression بود. متدولوژیست‌های عضو پانل، روش تصادفی را برای انجام مطالعات متاآنالیز انتخاب کردند و این طور در نظر گرفتند که جمعیت مورد مطالعه و اساس درمان می‌تواند از یک مطالعه به مطالعه دیگر فرق کند (مثلاً، مشاوره برای حل مشکلات کلی، می‌تواند طوری انجام شود که در موارد مختلف، متفاوت باشد).

در این روش، فقط مطالعاتی که به صورت تصادفی انجام شده‌اند، برای مطالعه متاآنالیز به کار می‌روند. برای کاهش این احتمال که این مقیاس انتخاب نتایج سوگرایانه داشته باشد، چندین تست انجام گرفت که شامل مطالعاتی بود که توسط پزشکان بالینی و در درمانگاه‌ها انجام شده بود.

نخستین مرحله از مطالعات متاآنالیز، انتخاب مطالعاتی بود که در ارتباط با خصوصیت درمان‌هایی بوده که مدنظر بودند. بعد از اینکه مطالعات مشخص گردیدند (مثلاً، آن‌هایی که شامل مداخلات ترک انفرادی بودند اگر ترک انفرادی درمان‌های ارزشمندی شده بود)، اعضای پانل برای اطمینان از این که مراحل سنجش کرایتریابها را پشت سر گذارده، مطالعه را بازبینی کردند. بعضی از این سنجش‌ها عمومی‌تر بود (مثلاً، مطالعه‌ای که حاوی اطلاعات از ۵ ماه پیگیری بود)، در حالی که برخی دیگر خاص یک نوع از درمان و خصوصیات آن درمان بودند (مثلاً در مطالعات متاآنالیز مربوط به تنوع پزشکان بالینی، این روش مشخص می‌کرد که تنوع در پزشکان بالینی با تنوع در انواع درمان‌های دارویی همراه نبود). در اکثر موارد، هیچ اقدامی برای کنترل کردن آثار متغیرها که ذاتاً به هم پیوسته بودند با ابعاد درمان انجام نشد (مثلاً کنترل تمرکز درمان در مطالعات متاآنالیز تعداد و نوع درمان‌ها و تعداد و نوع پزشکان بالینی).

اجزاء مختلف (درمان و گروه‌های کنترل) در هر مطالعه به طور جداگانه بررسی شدند تا مواردی که باعث اختلال در آنها می‌شود و جزئی از مداخلات هستند، تشخیص داده شوند. مخدوش‌کنندگان مهم از آنالیز حذف گردیدند. خصوصیات مربوط به هر کدام از اجزاء سپس

کدگذاری شدند تا یک بررسی ترکیبی معنی‌دار به دست آید. شاخص‌ها برای انجام یک مطالعه متاآنالیز شامل:

- (۱) پانل موضوع را مورد بررسی قرار داد تا دارای شرایط شمول مطالعه متاآنالیز ذکر شده باشد و دارای یک اهمیت بالینی باشد.
- (۲) حداقل دو مطالعه در رابطه با موضوع در مورد انتخاب شاخص‌ها موجود بود و این مطالعات شامل مطالعات Within-study control یا مقایسه‌ای بودند.
- (۳) یک نوع هم‌خوانی در این مطالعات وجود داشت و خصوصاً در بررسی متغیرها یا خصوصیات درمان که اجازه استنتاج معنی‌دار از آنها را می‌داد (مثلاً یک روش درمانی بررسی شده به طور مؤثری در میان مطالعات مختلف مشابه بود و بنابراین ترکیب کردن این مطالعات معنی‌دار بود).

محدودیت‌های مطالعات متاآنالیز

عوامل بسیاری می‌توانند در اعتبار داخلی (Internal validity) یک مطالعه متاآنالیز تأثیرگذار باشند. برای مثال، نظرات سوگرایانه. مکمل این نظر سوگرایانه برای انتشار مسئله File-drawer effect یا اثرات و سیاست‌های کاری است که در طی آنها، یافته‌های منفی یا ممتنع برای انتشار پذیرفته نشدند. به علاوه، آثار مثبت یا منفی یک مطالعه متاآنالیز شاید تحت تأثیر عوامل دیگری مثل نوسانات یک روش درمانی در طی بررسی باشد و همین‌طور با وسعتی که درمان‌ها با هم به کار رفته باشند. اگر بقیه موارد یکسان بودند، درمانی که به ندرت در طی یک بررسی به کار گرفته شده بود، احتمالاً کارآیی کمتری نسبت به درمانی که به تعداد زیادی در طی بررسی به کار گرفته شده بود، داشت.

همچنین، زمانی که دو روش درمانی به طور متناوب در یک گروه و در طی یک بررسی به کار رفتند، برآورد آماری نتایج آنها به طور جداگانه مشکل بود. به علاوه، وقتی گروه‌ها و درمان‌های مختلف به طور اساسی به عنوان یک گروه کدگذاری شده باشند، قابلیت مقایسه کردن برای نظرات مختلف می‌تواند پابرجا بماند (به عنوان مثال، وقتی روش‌های درمانی فقط در مورد خصوصیات ظاهری‌شان مشابه بودند).

ثبات یافته‌ها با یک خصوصیت جمعیتی در ارتباط بوده و آن این که آیا بیماران به دنبال درمان ترک مصرف و وابستگی به دخانیات بودند (انتخاب خود شخص) یا این که درمان بدون در نظر گرفتن خواست بیماران به آنها عرضه می‌شد. انجام دادن مطالعات متاآنالیز

جداگانه در این مسائل جمعیتی ارائه‌کننده یافته‌های مشابهی در اثنای درمان‌های گوناگون بوده (مثلاً شکل درمان، شدت درمان). هیچ خصوصیت جمعیتی دیگری (مثلاً سال‌های استعمال دخانیات یا میزان وابستگی) در این مطالعات بررسی نشدند.

تفسیر نتایج مطالعات متاآنالیز

در نتایج مطالعات متاآنالیز مفهوم یا تفسیر یک میزان می‌توانند به خوبی به وسیله یک نمونه که در یک جدول ۲ در ۲ آمده نشان داده شوند. جدول ۱ شامل اطلاعاتی است که نشان‌دهنده ارتباط بین استعمال دخانیات مادران و کاهش وزن در نوزادان است. اطلاعات از مطالعه Hosmer و Lemoshow به دست آمده‌اند. احتمال تولد یک نوزاد با وزن کم اگر مادر سیگاری باشد ۳۰ به ۴۴ یا ۰/۶۸ به ۱ است و این احتمال اگر مادر سیگاری نباشد ۲۹ به ۸۶ یا ۰/۳۴ به ۱ است. پس نسبت احتمالات (۳۰ به ۴۴)/(۲۹ به ۸۶) که مساوی ۲/۰۲ به یک می‌باشد. بنابراین این نسبت احتمالات می‌تواند به طور تقریبی به عنوان احتمال یک رخداد در مورد یک متغیر، بر حسب مقدار ثابتی از متغیر یا متغیرهای دیگر باشد. در مورد بالا، احتمال برای تولد نوزاد با وزن کم در مورد خانم‌هایی که سیگاری هستند دو برابر خانم‌هایی است که سیگاری نیستند.

جدول ۱- ارتباط بین وزن کم حین تولد و استعمال دخانیات در مادران

استعمال دخانیات توسط مادران					
وزن کم حین تولد		بله		خیر	
		بله	خیر	بله	خیر
	۵۹	۲۹	۳۰	۱۳۰	۱۸۹
		۸۶	۴۴		
		۱۱۵	۷۴		

در این مطالعات، فاصله اطمینان (Confidence Intervals) ۹۵٪ برآورد شد. این ۹۵٪ نشانگر یک تخمین از صحت ضریب احتمالات انجام شده است. اگر ۹۵٪ فاصله اطمینان برای یک داده میزان احتمال شامل ۱ نباشد، در نتیجه میزان احتمال نشانگر یک شاخص آماری در حد ۰/۰۵ است. ضریب اطمینان به طور کلی با میزان احتمال همسو نخواهد بود و علت آن نحوه توزیع متغیرها است.

چگونگی خواندن جداول اطلاعات

جدول ۲ نشان‌دهنده نتایج یک مطالعه متاآنالیز است که در این راهنما گزارش شده است. این جدول نشانگر نتایج بررسی اثرات فرم‌های مختلف درمان بر نتیجه ترک است (به فرم‌های درمان‌های روانی اجتماعی در بخش ۶ مراجعه کنید). در این جدول، حالت مقایسه یا «گروه مرجع»، برای مشخص نمودن حالات مختلف درمان، سیگاری‌هایی بودند که هیچ تماس با عامل درمانی نداشتند. ستون «میزان احتمالات برآورد شده» نشانگر گروه درمانی هستند که درمان انفرادی گرفته‌اند. مشاوره تلفنی یک میزان احتمالات ۱/۲ داشته و مشاوره گروهی میزان احتمالات ۱/۳ که هر دوی این گروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بودند چون ضریب احتمالات هیچ کدام شامل یک نبوده است.

جدول ۲- مطالعه متاآنالیز: کارآیی و میزان برآورد شده ترک برای انواع روش‌های درمانی (تعداد=۵۸ مطالعه)

نوع درمان	تعداد شرکت‌کنندگان	نسبت شانس (CI %۹۵)	میزان ترک برآورد شده (CI %۶۵)
بدون درمان	۲۰	۱۰۰	۱۰/۸
ترک انفرادی	۹۳	۱/۲(۱/۱، ۱/۳)	۱۲/۳(۱۰/۹، ۱۳/۶)
مشاوره تلفنی	۲۶	۱/۲(۱/۱، ۱/۴)	۱۳/۱(۱۱/۴، ۱۴/۸)
مشاوره گروهی	۵۲	۱/۳(۱/۱، ۱/۶)	۱۳/۹(۱۱/۶، ۱۶/۱)
مشاوره انفرادی	۶۷	۱/۷(۱/۴، ۲/۰)	۱۶/۸(۱۴/۷، ۱۹/۱)

در این نمونه مشاوره انفرادی بزرگترین نسبت شانس را داشت که برابر ۱/۷ بود. این میزان به این معنا است که وقتی فرد سیگاری مشاوره انفرادی دریافت می‌کند احتمال اینکه او در ترک باقی بماند یک تا یک و نیم برابر زمانی است که مشاوره انفرادی دریافت نمی‌کند. ستونی که بنام «میزان ترک برآورد شده» است نشان‌دهنده درصد ترک برای شیوه‌های مختلف درمانی است. برای مثال، گروه مرجع (بدون درمان) در اطلاعات بررسی شده دارای میزان ترک ۱۰/۸٪ بودند. مشابه با اطلاعات مربوط به میزان احتمالاتی که در بالا مرور شده است، درمان‌های انفرادی یک افزایش جزئی در میزان ترک ایجاد می‌کند (۱۲/۳٪)، مشاوره

گروهی و مشاوره تلفنی تا حدی افزایش بیشتری در میزان ترک ایجاد می‌کند (۱۳/۹) و ۱۳/۱ نسبتاً) و مشاوره انفرادی ایجادکننده بیشترین افزایش است (۱۶/۸). تعداد کل مطالعاتی که در هر مطالعه متآنالیز وارد شده است از طریق جدول مربوطه در دسترس می‌باشد. فهرستی از مقالات منتشر شده در هر مطالعه متآنالیز از راه وب سایت www.ahrq.gov در دسترس است.

ستونی که با «تعداد شرکت‌کنندگان» یا به اختصار «تعداد موارد» مشخص شده تعداد نفراتی را در طی تمام مطالعه مشخص کرده که اطلاعات را مرتبط با شکل‌های درمانی مختلف دریافت کرده‌اند. به عنوان مثال درمان انفرادی در ۹۳ مورد از شرکت‌کنندگان انجام شده است. بنابراین، این ستون نشان‌دهنده تعداد روش‌های درمانی یا گروه‌ها در ارتباط با هر مورد بررسی شده است.

میزان اعتبار پیشنهادات

تمام توصیه‌هایی که توسط پانل مطرح شده است حاوی میزانی از اعتبار است که نشان‌دهنده کمیت و کیفیت این توصیه‌هایی تجربی می‌باشد. هر توصیه‌ای و به تبع آن میزان اعتبار مربوط به آن، بازگوکننده تعامل اعضاء پانل است. دو نقطه قوت اعتبار این توصیه‌ها عبارتند از:

الف- بررسی‌های بالینی با تعداد زیاد و به خوبی طراحی شده، مستقیماً در مورد توصیه‌ها، بازگوکننده یک ساختار مداوم و مستمر از یافته‌ها هستند.

ب- بعضی شواهد مربوط به کارهای بالینی که به صورت تصادفی انجام شده‌اند، توصیه‌های مطرح شده را حمایت می‌کنند، ولی حمایت علمی انجام شده گاهی اوقات که در متن راهنما به روشنی مشخص شده، در حد اعلی نبوده است. برای مثال، گاهی بررسی‌های تصادفی کمی انجام شده و این بررسی‌ها که موجود بودند تا حدی با هم در تناقض بودند و یا این بررسی‌ها دقیقاً مرتبط با توصیه انجام شده نبوده است.

در دسترس بودن بررسی‌های بالینی تصادفی در مورد توصیه‌های اکونومیک در نظر گرفته نشده بود. وجود چنین بررسی‌هایی برای ارزیابی‌های اکونومیک ضروری به نظر نمی‌رسید. در چنین مواردی، اعتبار یافته‌ها به طور اولیه بر پایه توافق بر سایر یافته‌ها در مطالعات مشابه بوده است. در نهایت، پانل از ارائه توصیه‌ها زمانی که شواهد و یا میزان اعتبار آنها ضعیف یا در تناقض با داشته‌های قبلی بود، اجتناب ورزید.

توصیه‌ها با توجه به جنبه احتیاطی آنها

در این راهنما، خواننده متوجه بعضی توصیه‌ها می‌شود که به صورت قطعی بر آنها تأکید نشده‌اند. اول، انجام ندادن یک مطالعه نباید به عنوان تأییدی بر بی‌اثر بودن آن روش تلقی گردد. در موارد خاصی، مدارک مرتبط کمی در مورد سودمند بودن یک روش درمانی وجود داشت و در این موارد پانل هیچ مورد خاصی را اشاره نکرده است. دوم، حتی وقتی مطالعات کافی برای انجام یک مطالعه متاآنالیز وجود داشت، نتایج غیرمشخص، غیرمؤثر بودن آن روش را اثبات نمی‌کنند. به علاوه، غیرمشخص بودن فقط نشان‌دهنده این است که سودمندی این روش با توجه به اطلاعات موجود اثبات نمی‌گردند.

تأکید راهنمای سال ۲۰۰۸ بر این است که مؤثر بودن مداخلات را مشخص نماید نه آنکه فقط آنها را از نظر میزان تأثیر رده‌بندی کند. پانل تأییدی بر مقایسه مداخلات مؤثر نیز نداشت که این به دلایل متعددی بوده است. اول اینکه، اولین هدف مهم در روند بررسی، مشخص کردن تمام مداخلات مؤثر بوده است. دوم، انتخاب یا استفاده از روش‌های خاص مداخله‌ای یا راهکارهای وابسته به عوامل زیادی است: اولویت بیمار، زمان موجود، دوره‌ای که پزشک بالینی دیده، هزینه و غیره. پانل بر این اعتقاد بوده که پزشکان بالینی باید با توجه به جمیع شرایط موجود، بهترین روش مداخله را در صورت اقتضاء در بین روش‌های مختلف مؤثر انتخاب نمایند. در نهایت، در بسیاری مواقع اطلاعات غیرکافی و غیرقابل دسترس موجب شدند تا یک مقایسه آماری مؤثر از روش‌های مداخله‌ای گوناگون انجام نگیرد.

علی‌رغم این که هیچ تأییدی بر اولویت‌بندی روش‌های درمانی وجود نداشت، برخی از مداخلات بسیار ارجح بودند به طوری که پانل مشخصاً آنها را بهترین روش مداخله معرفی نموده است. برای مثال، اگرچه تماس فرد با پزشک بالینی در جایی که از درمان دارویی استفاده نمی‌شود در حد اندک نیز میزان ترک را افزایش می‌دهد، ولی شکی نیست که اگر این تماس بیشتر شود آثار بیشتری بر میزان ترک خواهد داشت.

بازبینی راهنما توسط صاحب‌نظران دیگر

در سال ۲۰۰۷ پانل از ۱۰۶ صاحب‌نظر دعوت نمود تا متن اولیه را بازبینی کنند. به علاوه، AHRQ یک آگهی در Federal Register داد و از اشخاص حقیقی برای بازخوانی و دادن نظریه در مورد متن اولیه راهنما دعوت به عمل آورد. اعضاء پانل و کنسرسیوم از ۱۷۵ فرد برای بازخوانی و بازبینی راهنما دعوت به عمل آورد. جمعی از توصیه‌ها تهیه شد.

بازبینی کنندگان شامل پزشکان، هیئت اجرایی سیستم بهداشتی، اشخاصی که در تأمین اجتماعی بودند، مشاورین، فارغ‌التحصیلان رشته بهداشت، محققین، ارباب رجوع، پرسنل کلیدی خدمات بهداشتی، آژانس‌های ایالتی و دیگران بودند.

بازبینی کنندگان باید این راهنما را براساس ۵ شاخصه اصلی ارزیابی می‌کردند: قانونمندی، قابلیت اطمینان، روشنی کارایی بالینی و قابلیت استفاده، که در نهایت توصیه‌های داده شده در راهنما در موارد مقتضی وارد شد.

محصولات این راهنما

همراه با راهنمای اصلی چهار محصول فرعی هم در جهت انتشار و ترجمه توصیه‌هایی که بر پایه مدارک در این راهنما بود، منتشر گردید. این محصولات هدفشان مصرف‌کنندگان و سه گروه دیگر از خوانندگان بود: پزشکان، متخصصان، هیئت‌های اجرایی سلامت و بهداشت، بیمه‌کنندگان و مشتریان خدمات بهداشتی. این محصولات شامل:

- ۱) می‌توانی ترک کنی، راهنمای افراد سیگاری.
- ۲) کمک به ترک سیگار، راهنمایی برای پزشکان.
- ۳) ترک سیگار، سیستم پذیرش سیگاری‌ها، راهنمایی برای هیئت اجرایی سلامت و بهداشت، بیمه‌کنندگان، سازمان‌های مدیریت بهداشت و مشتریان خدمات بهداشتی.

محصولاتی مشابه نیز در مورد توصیه‌هایی که در راهنمای سال ۲۰۰۸ یافت می‌شود، به زودی برای گروه‌های هدف دیگر منتشر می‌شود.

چارچوب راهنمای ارتقاء یافته

راهنمای ارتقاء یافته به هفت بخش تقسیم شده است:

بخش ۱، روش‌ها و راه‌کارها، در برگیرنده محتوای عملی و علمی مباحث همراه با توضیح روشی که یافته‌های این راهنما با آن قابل تفسیر می‌باشد (شکل ۲).

بخش ۲، بررسی وضعیت مصرف دخانیات، توضیح این مطلب که چگونه وضعیت هر بیماری که به مراکز درمانی مراجعه می‌کند از نظر استعمال دخانیات سنجیده شود و چگونه تمام مصرف‌کنندگان محصولات دخانی از نظر میزان انگیزه به ترک سیگار مورد ارزیابی قرار بگیرند.

بخش ۳، مداخلات کلینیکی به منظور درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، خلاصه‌ای از مداخلات عملی روشن و صریح که به سادگی می‌توانند در مراکز اولیه بهداشتی ارائه گردند. در این بخش مداخلات جداگانه توضیح داده می‌شود، برای بیمارانی که مایل به ترک محصولات دخانی در حال حاضر هستند و برای بیمارانی که هنوز آمادگی برای ترک ندارند و یا بیمارانی که اخیراً ترک کرده‌اند.

بخش ۴، مداخلات کلینیکی متمرکز به منظور درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، مشخص کننده الگویی مناسب برای درمان متمرکز مصرف و وابستگی به دخانیات که شامل راه‌کارهای مؤثر می‌باشد. به خاطر این که درمان‌های متمرکز ایجادکننده بالاترین میزان موفقیت هستند، در راه‌کارهای مداخله‌ای محصولات دخانی یک جزء مهم به شمار می‌روند.

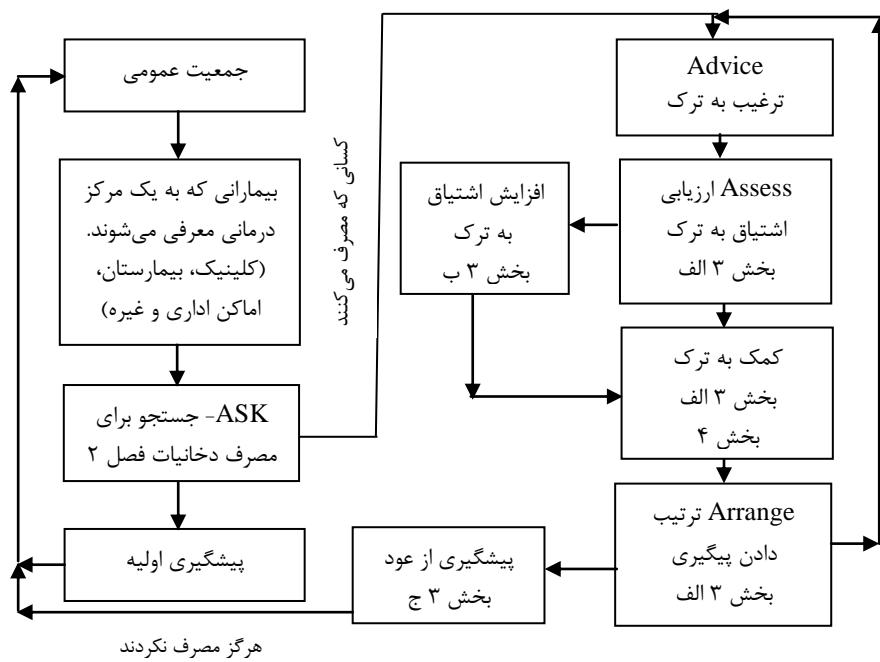
بخش ۵، مداخلات سازمانی در ارتباط با مدیران، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی: مرتبط با بخش اجرایی نظام درمانی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی، که در اصل در برگیرنده خط مشی اصلی برای تغییرات راهنما در نظام درمانی است مانند اینکه ارزیابی و مداخلات برای مصرف دخانیات یک «بحث اغماض شده» در نظام درمانی بوده است.

بخش ۶، شواهد و توصیه‌ها: نشان‌دهنده نتایج حاصل از آنالیزهای آماری راهنما و توصیه‌های منتج از آنها، آنالیزهای این راهنما در مورد سرفصل‌هایی مرتبط با درمان مصرف و وابستگی به دخانیات بحث می‌کند همانند: تأثیر راه‌کارهای مختلف مشاوره‌ای و درمان‌های دارویی، ارتباط بین شدت درمان و موفقیت درمان و این که آیا روند بیماریابی در کلینیک منجر به افزایش تشخیص افراد سیگاری می‌شود یا خیر؟ پانل در این بخش توصیه‌هایی اختصاصی در مورد تحقیقات آینده انجام داده است.

بخش ۷، جمعیت‌های خاص و سرفصل‌های خاص، ارزیابی شواهد برای مداخلات مربوط به وابستگی به دخانیات و تأثیر آنها در جمعیت‌های حاصل (مثلاً زنان، سیگاری‌های باردار، اقلیت‌های نژادی و دینی، سیگاری‌های بستری، سیگارهای همراه با اختلالات روانی و وابستگی‌های دارویی، کودکان و نوجوانان و سیگاری‌های مسن). پانل توصیه‌هایی خاص خود را در مورد این جمعیت‌ها در قالب تحقیقات آینده در این بخش نموده است. همچنین این بخش در برگیرنده اطلاعات و توصیه‌هایی در مورد افزایش وزن بعد از ترک سیگار، محصولات دخانی به جز سیگارهای صنعتی، آموزش پزشکان، ابعاد اقتصادی درمان وابستگی

به دخانیات و مضرات کاهش مصرف است که پانل توصیه‌هایی در قالب تحقیقات آینده در مورد موارد بحث شده نموده است.

شکل ۲. طرح درمان مصرف و وابستگی به دخانیات



بخش دوم :
بررسی وضعیت مصرف دخانیات

مقدمه

۷۰ درصد از سیگاری‌ها حداقل سالی یک بار به پزشک مراجعه می‌کنند و حداقل یک سوم از آنها حداقل یک بار در سال توسط دندانپزشک معاینه می‌شوند. مابقی سیگاری‌ها نیز با پزشکیاران، پرستاران، فیزیوتراپ‌ها، داروسازان و دیگر پزشکان بالینی ملاقات دارند. بنابراین تمامی پزشکان بالینی به خصوص پزشکان و دندانپزشکان جایگاه مهمی در زمینه اقدامات مداخله‌ای برای مصرف‌کنندگان دخانیات دارند. به علاوه ۷۰ درصد سیگاری‌ها نیز عنوان می‌کنند که قصد ترک دارند و دو سوم کسانی که دچار عود شده‌اند مایل به ترک مجدد در طی ۳۰ روز هستند و نکته آخر این که این افراد توصیه پزشکان را عاملی مهم در ایجاد انگیزه در خود برای ترک می‌دانند. این داده‌ها مشخص می‌کند سیگاری‌ها علاقه‌مند به ترک هستند و پزشکان بالینی ضمن این که مرتباً با سیگاری‌ها در ارتباط هستند، از جایگاه ویژه‌ای نیز در نزد آنها برخوردار می‌باشند.

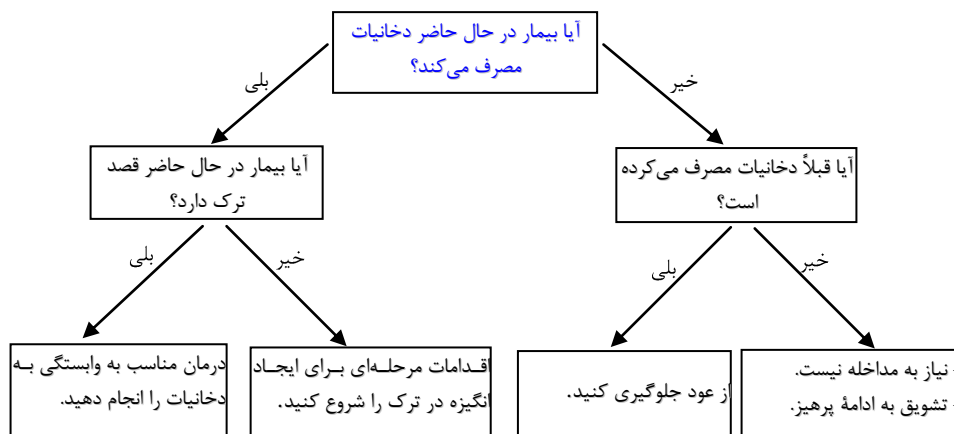
متأسفانه پزشکان بالینی این فرصت ارزشمند را مغتنم نمی‌شمرند. مطابق گزارش National Committee for Quality Assurance (NCQA) در سال‌های اخیر برای کسانی که تحت پوشش بیمه تجاری درمانی بوده‌اند خدماتی در رابطه با ترک سیگار ارائه شده است. در سال ۲۰۰۵ حدود ۷۱/۲ درصد افراد سیگاری تحت پوشش بیمه تجاری درمانی خدمات ترک سیگار دریافت کردند (کمی بیش از ۶۹/۶ درصد در سال ۲۰۰۴) و ۷۵/۵ درصد افراد تحت پوشش خدمات درمانی، که این میزان ۱۱ درصد از سال ۲۰۰۴ بیشتر بود. گواه دیگر این مطلب آن که بیش از یک سوم کسانی که در حال حاضر سیگاری هستند عنوان می‌کنند که هیچ‌گاه در مورد مصرف سیگار از آنها سؤال نگردیده و به ترک نیز توصیه نشده‌اند و مطابق گزارش National Youth Tobacco Survey تنها یک سوم نوجوانان در ویزیت پزشکان یا دندانپزشکان از خطرات استعمال دخانیات شنیده بودند. همین‌طور از ۸۱ درصد خانم‌های باردار سیگاری تنها ۲۳ درصد مشاوره ترک سیگار دریافت نمودند.

اولین گام در درمان وابستگی به دخانیات، تشخیص مصرف‌کنندگان است. همان‌طور که آنالیز داده‌ها در فصل ۶ نشان می‌دهد، تنها تشخیص سیگاری‌ها، میزان مداخله پزشکان بالینی را افزایش می‌دهد. تشخیص افراد سیگاری نه تنها جای پای را برای پزشکان بالینی جهت انجام مداخلات موفقیت‌آمیز (مثل توصیه پزشک) باز می‌کند، بلکه راهنمایی را جهت

انجام اقدامات مداخله‌ای مناسب (بسته به وضعیت مصرف دخانیات و میزان تمایل بیمار به ترک) در اختیار پزشک بالینی قرار خواهد داد. غربالگری افراد مصرف‌کننده دخانیات (در حال حاضر و یا گذشته) چهار پاسخ احتمالی را در پی خواهد داشت:

- ۱- بیمار در حال حاضر دخانیات مصرف می‌کند ولی تمایل به ترک دارد.
 - ۲- بیمار در حال حاضر دخانیات مصرف می‌کند ولی در حال حاضر تمایلی به ترک ندارد.
 - ۳- بیمار قبلاً دخانیات مصرف می‌کرده، در حال حاضر ترک کرده است.
 - ۴- بیمار هرگز به طور منظم دخانیات مصرف نمی‌کرده است.
- این راهنمای تجربی الگوی عملی مناسبی جهت انجام اقدامات مداخله‌ای آسان ولی مؤثر برای درمان بیماران مصرف‌کننده دخانیات فراهم می‌آورد.

۲- الگوریتم درمان مصرف دخانیات



بخش سوم :
مداخلات بالینی مصرف و وابستگی
به دخانیات

مقدمه

در این بخش از کتاب، روش‌های اختصاصی اقدامات مداخله‌ای مختصر (کمتر از ده دقیقه) توسط پزشکان بالینی بیان شده است. این مداخلات مختصر برای تمامی گروه‌های درمانی مفید می‌باشد، ولی برای پزشکان بالینی مراقبت‌های اولیه بهداشتی (پزشکان، پرستاران، داروسازان، دندانپزشکان، بهداشتکاران و پزشکانی که در حیطه درمان بیماری‌های دستگاه تنفسی کار می‌کنند) که با بیماران رده‌های مختلف سرو کار دارند و کسانی که محدودیت زمانی دارند، بیشترین فایده را دارد. استراتژی‌های مطرح شده در این بخش بر مبنای یافته‌های علمی ذکر شده در بخش ۶ و ۷ می‌باشد. بررسی این راهنما نشان می‌دهد این استراتژی‌ها توسط طیف وسیعی از پزشکان بالینی قابل اجرا می‌باشد.

اهداف این استراتژی‌های درمانی روشن است: تغییر فرهنگ بالینی و به وجود آمدن روش‌های عملی برای اطمینان از این که تمام بیماران مصرف کننده دخانیات تشخیص داده می‌شوند و زمینه درمانی برای آنها فراهم می‌گردد. تمامی این راه‌بردهای درمانی بر یک موضوع تأکید دارد: تمامی بیماران مصرف کننده دخانیات که به کلینیک مراجعه می‌کنند باید حداقل تحت اقدامات مداخله‌ای مختصر قرار گیرند. مسئولیت تحقق این امر بر عهده پزشکان بالینی و مراکز درمانی می‌باشد. شواهد متعددی بر این موضوع تأکید دارد.

در وهله اول اکثر سیگاری‌ها به برنامه‌های متمرکز ترک سیگار تمایلی ندارند ولی حتی مداخلات مختصر نیز برای آنها صورت نمی‌گیرد. دوم آنکه جهت اطمینان از این که تمامی مصرف‌کنندگان دخانیات، برای انجام اقدامات مداخله‌ای تشخیص داده می‌شوند لازم است تغییرات ساختاری صورت پذیرد. (فصل ۵) سوم آن که محدودیت زمانی پزشکان مراقبت‌های اولیه بهداشتی (میانگین ۱۲ تا ۱۶ دقیقه) نیاز به مداخلات مختصر را مطرح می‌کند، هر چند که مداخلات متمرکز موفقیت‌زیدتری را به همراه دارد.

در نهایت با در نظر گرفتن رشد روز افزون ثبت الکترونیکی وضعیت بیماران، وضعیت استعمال دخانیات آنها و زمان واقعی مداخلات با وجود شلوغی مراکز درمانی این روش امکان دسترسی بیشتری خواهد داشت.

این فصل مداخلات مختصر را برای سه گروه از بیماران بیان می‌کند:

الف - کسانی که در حال حاضر دخانیات مصرف می‌کنند و قصد ترک دارند.

ب - کسانی که دخانیات مصرف می‌کنند ولی در حال حاضر تمایلی به ترک ندارند.

ج - کسانی که قبلاً دخانیات مصرف می کرده‌اند ولی اخیراً آن را کنار گذاشته‌اند.
 د - کسانی که هرگز دخانیات مصرف نکرده‌اند و یا مدت‌های مدیدی از ترک آنها می‌گذرد نیازی به مداخله ندارند. پزشک بالینی می‌تواند آنها را تشویق و در ادامه زندگی بدون سیگار حمایت کند.

با در نظر گرفتن این مسئله که ۷۰ درصد از سیگاری‌ها، حداقل سالی یک بار به پزشک مراجعه می‌کنند و حداقل یک سوم از آنها حداقل یک بار در سال توسط دندانپزشک معاینه می‌شوند، این پزشکان بالینی برای مداخلات ترک سیگار باید آموزش لازم را دیده باشند. پنج گام اصلی (۵A) برای مداخله در پذیرش بیماران در جدول ۳ فهرست شده است. لازم است که پزشک بالینی اقدامات ذیل را انجام دهد، از بیمار بپرسد که دخانیات مصرف می‌کند یا نه؟ (Ask استراتژی مختصر الف ۱) و او را نصیحت کند که ترک کند (Advise استراتژی مختصر الف ۲) و میزان تمایل او برای اقدام به ترک را ارزیابی کند (Assess استراتژی مختصر الف ۳). لازم است این استراتژی‌ها در مورد تمام بیماران بدون در نظر گرفتن تمایل آنها به ترک به کار بروند.

جدول ۱-۳: ۵A برای مداخلات مختصر

تشخیص مصرف دخانیات در تمامی بیماران مراجعه‌کننده (استراتژی مختصر الف ۱)	Ask پرسش در مورد مصرف دخانیات
توصیه به ترک به طور روشن و قاطع، با توجه به وضعیت و ویژگی‌های فرد مصرف‌کننده باعث ایجاد انگیزه در تمامی مصرف‌کنندگان خواهد شد. (استراتژی مختصر الف ۲)	Advise توصیه و نصیحت به ترک
آیا فرد مصرف‌کننده دخانیات در حال حاضر تمایل به ترک دارد یا خیر؟ (استراتژی مختصر الف ۳)	Assess ارزیابی تمایل فرد برای ترک
تعیین زمان برنامه‌های مشاوره و دارو درمانی برای بیمارانی که می‌خواهند ترک کنند. (استراتژی مختصر الف ۴)	Assist یاری برای تلاش در ترک
زمان برنامه پیگیری را تعیین کند به صورتی که ترجیحاً در هفته اول بعد از ترک باشد (استراتژی مختصر الف ۵)	Arrange تعیین زمان جلسات پیگیری

در بیمارانی که آماده ترک هستند باید به او در ترک کمک کند (Assist) استراتژی مختصر الف (۴) و تعیین ویزیت‌های بعدی و وقت ملاقات‌های بعدی جهت جلوگیری از عود را تعیین کند (Arrange) استراتژی الف (۵). در همین راستا پزشکان باید برای کسانی که قصد ترک ندارند، اقدامات مداخله‌ای مختصر را انجام دهند تا انگیزه بیمار برای ترک بیشتر گردد.

الف- بیمارانی که می‌خواهند ترک کنند

با توجه به این که بسیاری از مصرف‌کنندگان دخانیات هر ساله به پزشکان مراقبت‌های اولیه بهداشتی مراجعه می‌کنند، آمادگی پزشکان برای انجام اقدامات مداخله‌ای مهم و ضروری است. پنج گام اصلی (۵A) برای مداخله هنگام برخورد با بیماران در جدول ۳ فهرست شده است.

لازم است که پزشک بالینی اقدامات ذیل را انجام دهد:

پرسش (Ask): از بیمار بپرسد که دخانیات مصرف می‌کند یا نه؟ (استراتژی مختصر الف ۱)

نصیحت (Advise): او را نصیحت کند که ترک کند. (استراتژی مختصر الف ۲)

سنجش (Assess): میزان تمایل او برای اقدام به ترک را ارزیابی کند. (استراتژی مختصر الف ۳)

یاری (Assist): به او در ترک کمک کند. (استراتژی مختصر الف ۴)

تعیین ویزیت‌های بعدی (Arrange): وقت ملاقات‌های بعدی جهت جلوگیری از عود را تعیین کند (استراتژی الف ۵)

این استراتژی‌ها باید به صورت جلسات کوتاه مدت برنامه‌ریزی شود؛ به صورتی که بیش از ۳ دقیقه از وقت پزشک بالینی را نگیرد.

سازمان‌هایی که سازماندهی مداخلات درمانی در زمینه مصرف دخانیات را به عهده دارند سعی وافری دارند تا این استراتژی‌ها مورد پذیرش همگانی قرار گیرد. این استراتژی‌ها با برنامه‌هایی که توسط NCI و American Medical Association ارائه می‌شود، مطابقت دارد.

استراتژی‌های مختصر: کمک به بیماران برای ترک سیگار

استراتژی‌های مختصر الف ۱. (Ask) پرسش: در هر ملاقات با بیمار به طور روتین وضعیت مصرف دخانیات را ثبت کنید.

عملیات	استراتژی اجرایی
از یک سیستم ثبت دفتری استفاده کنید تا مطمئن شوید تمامی بیماران در هر ملاقات از نظر وضعیت مصرف دخانیات مورد سؤال قرار می‌گیرند.	<p>وضعیت مصرف دخانیات را به برگه علائم حیاتی بیمار اضافه کنید.</p> <p>علائم حیاتی فشارخون نبض وزن درجه حرارت تعداد تنفس مصرف دخانیات: (دور آن دایره بکشید) در حال حاضر قبلاً هیچ وقت</p> <p>می‌توان به جای برگه علائم حیاتی، وضعیت مصرف دخانیات را به صورت برجسب بر روی چارت بیماران الصاق کرد یا از سیستم‌های الکترونیکی یا کامپیوتری پزشکی بهره گرفت.</p>

ارزیابی مجدد کسانی که هرگز دخانیات مصرف نکرده‌اند یا سالهای زیادی از ترک آنها گذشته، و یا به طور روشن، این اطلاعات در پرونده پزشکی آنها درج شده است، لازم نیست.

استراتژی مختصر الف ۲. (Advise) نصیحت: به طور قاطع مصرف‌کنندگان را به ترک مصرف ترغیب کنید.

عملیات	نصایح باید به صورت زیر باشند:
با توجه به خصوصیات شخصیتی مصرف‌کنندگان دخانیات، آنها را به طور قاطع	<p>روشن: من فکر می‌کنم در حال حاضر ترک مصرف دخانیات برای شما ضروری است و من می‌توانم در این زمینه به شما کمک کنم. قطع موقت در زمان بیماری کافی نیست یا مصرف سیگارهای سبک برای شما همان قدر مضر است.</p> <p>قاطع: به‌عنوان پزشک شما لازم می‌دانم یادآوری کنم که ترک مصرف دخانیات، مهمترین کاری است که در حال حاضر و برای آینده خود می‌توانید برای حفظ سلامتی، انجام دهید. من و همکارانم به شما کمک خواهیم کرد.</p>

<p>مراجع-مدار: ارتباط مشکلات اجتماعی و خانوادگی و سلامتی فرد را با مصرف دخانیات در او مشخص کنید مثلاً مصرف دخانیات وضعیت بیماری آسم شما را بدتر می‌کند و ترک آن برای سلامتی شما بسیار مفید می‌باشد یا قطع مصرف سیگار تعداد عفونت‌های گوش فرزند شما را کاهش خواهد داد.</p>	<p>و با بیانی صریح به ترک مصرف ترغیب کنید.</p>
--	--

استراتژی مختصر الف ۳. (Assess) ارزیابی: میزان تمایل افراد به ترک را مشخص کنید.

بیمار را از نظر تمایل به ترک ارزیابی کنید	عملیات
<ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار قصد ترک دارد به او کمک کنید (فصل ۳ استراتژی مختصر الف ۴) • اگر بیمار قصد شرکت در برنامه‌های درمانی متمرکز را دارد، چنین درمانی را برای او انجام دهید و یا او را به جایی که این نوع درمان را انجام می‌دهند، ارجاع کنید (فصل ۴) • اگر بیمار در حال حاضر قصد ترک ندارد برای او یک مصاحبه انگیزشی ترتیب دهید. • اگر بیمار جزو گروه جمعیتی خاصی است (نوجوانان، زنان باردار، اقلیت‌های قومی نژادی) کسب اطلاعات بیشتر را در نظر داشته باشید. 	<p>از مصرف‌کننده دخانیات پرسید که در حال حاضر قصد ترک دارد یا خیر.</p>

استراتژی مختصر الف ۴. (Assist) یاری: بیمار را در ترک یاری دهید.

بیمار را از نظر تمایل به ترک ارزیابی کنید	عملیات
<p>مواردی که فرد برای ترک باید داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تاریخ ترک را مشخص کنید. زمان ایده‌آل برای ترک باید ظرف مدت ۲ هفته از تصمیم بیمار برای ترک باشد. • به خانواده، دوستان و همکاران در مورد ترک صحبت کنید 	

<p>و از آنها درخواست حمایت و تفاهم داشته باشید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشکلاتی که در موقع تلاش در ترک، به خصوص ظرف چند هفته بحرانی اول بعد از ترک دارد را پیش‌بینی کنید، خصوصاً علایم ترک نیکوتین. • محصولات دخانی را از محیط زندگی خود خارج سازد، قبل از ترک سعی کند از استعمال دخانیات در اماکنی که زمان زیادی از وقت خود را می‌گذراند (محل کار، منزل، ماشین) خودداری کند. محیط منزل خود را عاری از دخانیات کند. 	<p>با برنامه‌ریزی، به بیمار در ترک کمک کنید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • پرهیز: انجام پرهیز کامل بسیار مهم است. بعد از ترک حتی یک پک هم نباید به سیگار زد. • تجربه قبلی ترک: مشخص کنید در تلاش قبلی برای ترک عوامل کمک‌کننده و عوامل مشکل‌ساز چه مواردی بوده‌اند. • عوامل آغازگر برای مصرف دوباره و مشکلات پیش‌رو را در تلاش جدید برای ترک پیش‌بینی کنید، در مورد این مشکلات و چگونگی غلبه بر آنها با بیمار گفتگو کنید. <p>الکل: چون الکل باعث عود می‌شود، بیمار باید محدودیت در مصرف الکل و یا پرهیز از آن را مد نظر قرار دهد. در نظر داشته باشید که علایم ترک الکل به طور جداگانه باید بررسی شوند.</p>	<p>یک برنامه مشاوره برای بیمار فراهم کنید (حل مشکل، آموزش‌های مهارت‌های لازم)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اطرافیان سیگاری: ترک در زمانی که سیگاری دیگری نیز در خانه است، مشکل خواهد بود. سیگاری‌ها باید به اطرافیان بگویند یا سیگار را ترک کنند یا جلوی آنها سیگار نکشند. زمانی که بیمار را به ترک تشویق می‌کنید، یک محیط حمایتی برای او در کلینیک فراهم آورید «من و همکارانم برای کمک به شما آمادگی داریم و همیشه در دسترس خواهیم بود.» 	<p>حمایت همراه با درمان را برای بیمار فراهم کنید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • بیمار را در کسب حمایت اجتماعی برای ترک، در خارج از محیط درمانی یاری دهید. «از همسر، دوستان و همکاران 	<p>به بیمار کمک کنید که در خارج از کلینیک نیز از</p>

<p>بیمار بخواهید که او را در ترک یاری دهند.»</p>	<p>حمایت برخوردار شود</p>
<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از درمان‌های دارویی مؤثر را توصیه کنید (جدول ۴ کتاب راهنما) توضیح دهید که این داروها تا چه حد میزان موفقیت را افزایش و علائم زمان ترک را کاهش می‌دهند. داروهای خط اول درمان عبارتند از: بوپروپیون SR، آدامس نیکوتین، نیکوتین استنشاقی، اسپری بینی نیکوتین و چسب پوستی نیکوتین 	<p>به جز در شرایط خاص مصرف دارو را به بیمار توصیه کنید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مراکز: مؤسسات استانی، مؤسسات خیریه یا مراکز بهداشتی شهرستان، خطوط تلفنی مشاوره ترک سیگار • نوع: متناسب با بیمار (از نظر فرهنگی، نژادی، تحصیلات و سن) • محل: در دسترس و نزدیک به محل کار پزشک 	<p>مراکزی که می‌توانند در این زمینه به بیمار کمک کنند به او معرفی کنید.</p>

استراتژی مختصر الف ۵. (Arrange) تنظیم برنامه: زمان‌های مراجعه جهت پیگیری را برنامه‌ریزی کنید.

بیمار را از نظر تمایل به ترک ارزیابی کنید	عملیات
<ul style="list-style-type: none"> • زمان‌بندی: زمان پیگیری باید در فاصله زمانی کوتاهی بعد از تاریخ ترک به خصوص در حوالی هفته اول بعد از ترک باشد، زمان پیگیری دوم در اولین ماه بعد از ترک توصیه می‌شود. برنامه‌های پیگیری بعدی را برحسب مورد تعیین کنید. • اقدامات لازم به هنگام پیگیری: مشکلاتی را که در حال حاضر وجود داشته است مشخص نمایید و عوامل مشکل‌آفرینی که ممکن است در آینده نزدیک روی دهد، پیش‌بینی کنید. اگر مصرف دخانیات اتفاق افتاده است، شرایط پیرامون را بررسی و مرور کنید، سپس راه حل توفیق کامل در پرهیز را پیدا کنید. به بیمار یادآوری کنید که لغزش می‌تواند یک تجربه آموزنده باشد. استفاده از درمان 	<p>برنامه پیگیری را در هنگام مراجعه فرد و یا از طریق تلفن به او اطلاع دهید.</p>

دارویی را مورد ارزیابی قرار دهید و مشکلات آن را بررسی کنید و سپس اقدامات مداخله‌ای متمرکز را در نظر بگیرید.

تمامی مصرف‌کنندگان دخانیات، به جز در شرایط ویژه، باید علاوه بر مشاوره تحت دارودرمانی نیز قرار گیرند. برای آشنایی با برنامه‌های دارودرمانی در ترک سیگار جدول ۴ را مورد توجه قرار دهید.

جدول ۲-۳: راهنمای کلینیکی جهت تجویز دارو هنگام ترک وابستگی به دخانیات

تمامی سیگاری‌هایی که سعی در ترک دارند جز در شرایط خاص (زنان باردار و شیرده و نوجوانان سیگاری، کسانی که موارد منع مصرف پزشکی دارند، کسانی که کمتر از ۱۰ نخ سیگار در روز مصرف می‌کنند)	چه کسانی برای ترک و توقف مصرف دخانیات باید دارو مصرف کنند؟ آیا برای گروه خاصی منع مصرف وجود دارد؟
تمامی ۷ داروی مورد پذیرش * FDA برای ترک استعمال دخانیات شامل بوپروپیون آهسته‌رهش (SR)، آدامس نیکوتینی، نیکوتین استنشاقی، اسپری بینی نیکوتین، چسب پوستی نیکوتین، قرص زیرزبانی نیکوتین و وارنیکلین	کتاب راهنما برای خط اول درمان چه داروهایی پیشنهاد کرده است؟
چون تا به حال اطلاعاتی در زمینه ارجحیت هیچ یک از این ۷ دارو به دست نیامده است، پزشک بالینی براساس آشنایی قبلی با هر یک از داروها، منع مصرف بعضی از داروها برای گروه‌های خاص از بیماران، درخواست بیمار، تجربه قبلی بیمار با یک داروی خاص (مثبت یا منفی) و خصوصیات شخصیتی بیمار (مثل تاریخچه افسردگی، نگرانی بیمار از افزایش وزن) یکی از این ۷ دارو را توصیه می‌کند.	پزشک برای انتخاب یک دارو از میان این ۷ دارو چه معیارهایی را در نظر می‌گیرد؟
مطابق شواهد جایگزین‌های نیکوتین در هر دو جنس مؤثر هستند. ولی در گروهی از مطالعات تأثیر آنها در زنها کمتر است و این شواهد ترغیب به استفاده بیشتر از بوپروپیون و وارنیکلین در زنها می‌کنند.	آیا جنسیت در انتخاب دارو تأثیر دارد؟

<p>اگر برای این گروه دارو استفاده گردد، پزشک باید دوز مصرفی را در مورد جایگزین‌های نیکوتین پائین بیاورد ولی بوپروپیون و وارنیکلین نیاز به تعدیل ندارند.</p>	<p>آیا درمان‌های دارویی برای کسانی که سیگار کمتری مصرف می‌کنند مناسب است. (مثلاً ۱۰ سیگار در روز)</p>
<p>کلونیدین و نورتریتیلین</p>	<p>داروهای خط دوم درمان که توسط این راهنما پیشنهاد می‌شود</p>

* FDA: Food and Drug Administer.

(ادامه) جدول ۴: راهنمای کلینیکی جهت تجویز دارو هنگام ترک دخانیات

<p>- برای بیمارانی که به هر علت داروهای خط اول برای آنها منع شده است، یا این داروها برای آنها مفید نبوده است. - بیماران را جهت عوارض جانبی، دستور مصرف و احتیاط‌های مربوط داروهای خط دوم کنترل کنید.</p>	<p>چه موقع از داروهای خط دوم استفاده شود؟</p>
<p>بوپروپیون آهسته رهش و جایگزین‌های نیکوتین خصوصاً آدامس نیکوتین ۴ میلی‌گرم و قرص زیرزبانی ۴ میلی‌گرم افزایش وزن را به تأخیر می‌اندازد، ولی از آن جلوگیری نمی‌کند.</p>	<p>برای کسانی که نگران افزایش وزن هستند چه دارویی پیشنهاد می‌شود؟</p>
<p>به نظر می‌رسد که بوپروپیون و نورتریتیلین در این زمینه مؤثر باشد. همچنین داروهای جایگزین نیکوتین در این گروه از بیماران مفید هستند.</p>	<p>آیا داروهایی که به طور خاص برای بیماران با سابقه افسردگی در نظر گرفته شده باشد، وجود دارد؟</p>
<p>خیر، چسب پوستی نیکوتین به ویژه در این بیماران ایمن بوده و عوارض جانبی بر روی سیستم قلبی عروقی نشان نداده است.</p>	<p>آیا در بیماران با سابقه بیماری قلبی باید از داروهای جایگزین نیکوتین اجتناب کرد؟</p>
<p>بلی، این شیوه برای سیگاری‌هایی که علائم مداوم ترک دارند (سندرم ترک) یا به درمان طولانی مدت تمایل دارند، مفید است. تعداد کمی از افراد موفق در ترک، به میل خود داروهای</p>	<p>می‌توان از دارو ترک سیگار برای طولانی‌مدت (۶ ماه یا بیشتر) استفاده کرد؟</p>

جایگزین نیکوتین را به صورت طولانی مدت مصرف کرده‌اند. نشانه‌ای از تأثیر سوء این داروها در طولانی‌مدت به دست نیامده است، به‌علاوه FDA استفاده طولانی‌مدت (۶ ماه) از بوپروپیون SR، داروهای جایگزین نیکوتین و وارنیکلین را تأیید کرده است.	
بله. گاهی اوقات بیماران داروها را منظم مصرف نمی‌کنند (از لحاظ میزان مصرف و مدت مصرف) و این امر باعث کاهش سودمندی داروها می‌شود.	آیا نظم استفاده از داروها مهم است؟
بلی، به نظر می‌رسد ترکیب چسب پوستی به صورت طولانی‌مدت (بیش از ۱۴ هفته) با آدامس یا اسپری بینی و یا همراه با قرص زیر زبانی، یا همراه با بوپروپیون آهسته‌رهش (Bupropion SR) مدت پرهیز را در مقایسه با استفاده از دارونما افزایش می‌دهد. ترکیب وارنیکلین با داروهای جایگزین نیکوتین عوارض جانبی مثل تهوع و سردرد را افزایش می‌دهد.	می‌توان از روش دارودرمانی ترکیبی استفاده کرد.

جدول ۳-۳: پیشنهادات در زمینه مصرف بالینی بوپروپیون آهسته‌رهش

مصرف کلینیکی بوپروپیون آهسته رهش (مورد تأیید FDA)	
به عنوان داروی خط اول درمان برای توقف مصرف دخانیات مناسب است.	انتخاب بیمار
بارداری: سیگاری‌های باردار باید ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. بوپروپیون آهسته‌رهش فقط باید در صورتی مصرف شود که باعث افزایش احتمال ترک شود و منافع استفاده از آن بیش از مضرات آن باشد، این موارد؛ در مورد زنان شیرده نیز به همین صورت در نظر گرفته می‌شود (کلاس ب FDA). مصرف این دارو در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود. بیماری‌های قلبی عروقی؛ عموماً قابل استفاده‌اند؛ گزارشاتی مبنی بر بالا رفتن فشارخون وجود دارد. عوارض جانبی: شایع‌ترین عوارض جانبی عبارتند از بی‌خوابی (۳۵ تا ۴۰ درصد) و خشکی دهان (۱۰ درصد) منع مصرف: بیماران با تاریخچه صرع، مشکلات تغذیه‌ای، استفاده از اشکال	احتیاطات

دیگر بوپروپیون، کسانی که طی ۱۴ روز گذشته مهارکننده مونوآمینوآکسیداز مصرف کرده‌اند.	
بیماران باید دارو را با مقدار ۱۵۰ میلی‌گرم صبح‌ها برای ۳ روز شروع و سپس آن را به ۱۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز افزایش دهند. این مقدار باید برای مدت ۷ تا ۱۲ هفته بعد از ترک ادامه یابد. بر خلاف داروهای جایگزین نیکوتین، بیماران باید دارو را از ۱ تا ۲ هفته قبل از ترک دخانیات شروع کنند. برای درمان نگهدارنده می‌توان از ۱۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۶ ماه باید استفاده شود.	مقدار مصرف
زیبان Zyban فقط با نسخه	قابلیت دسترسی
توقف دخانیات قبل از تاریخ ترک: در نظر داشته باشید که بعضی بیماران قبل از تاریخ ترک میل به سیگار را از دست می‌دهند و خود به خود سیگار را کم می‌کنند. برنامه‌ریزی مصرف: اگر بی‌خوابی بارز باشد می‌توان داروی بعدازظهر را زودتر داد. (داروی بعداز ظهر حداقل ۸ ساعت بعد از داروی صبح داده می‌شود). الکل: فقط در حد اعتدال	دستورات در هنگام تجویز
قیمت یک بسته ۶۰ تایی = ۹۷ دلار	قیمت

جدول ۴-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی قرص جویدنی نیکوتینی

مصرف بالینی آدامس نیکوتین (مورد تأیید FDA)	
انتخاب بیمار	به عنوان داروی خط اول توقف مصرف دخانیات مناسب است.
احتیاطات	بارداری: بیماران باردار باید ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. این دارو تنها در صورتی باید به کار رود که افزایش احتمال پرهیز و منافع متعاقب آن بیش از خطرات مصرف جایگزین نیکوتینی و یا ادامه احتمالی مصرف دخانیات باشد. این موارد برای زنان شیرده نیز باید به همین صورت رعایت گردد (FDA کلاس D). مصرف این دارو در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود. بیماری‌های قلبی و عروقی: درمان جایگزین نیکوتین (NRT) به عنوان

<p>یک عامل خطر مستقل برای بیماری‌های قلبی عروقی مطرح نمی‌شود. در بعضی گروه‌های بیماران قلبی عروقی باید این داروها با احتیاط مصرف شود: «آنهایی که در فاز حاد بعد از سکتة قلبی قرار دارند (تا ۲ هفته)، آنهایی که دچار بی‌نظمی جدی ریتم قلبی می‌باشند، و کسانی که آنژین صدری جدی و یا تشدید شونده دارند»</p> <p>اثرات جانبی: عوارض جانبی شایع آدامس نیکوتینی عبارتند از: زخم دهان، سسککه، سوء هاضمه و درد فک.</p> <p>این عوارض معمولاً خفیف و موقتی می‌باشند و اغلب با تصحیح نحوه جویدن آدامس بهبود می‌یابند.</p> <p>(دستورات در هنگام تجویز را در قسمت بعد ملاحظه کنید)</p>	
<p>آدامس نیکوتینی به اشکال ۲ و ۴ میلی گرمی در دسترس می‌باشد.</p> <p>۲ میلی گرمی برای کسانی که کمتر از ۲۵ نخ در روز سیگار می‌کشند و آدامس ۴ میلی گرمی برای کسانی که بیش از ۲۵ نخ در روز سیگار مصرف می‌کنند. عموماً باید برای ۱۲ هفته از آدامس استفاده کرد و نباید مقدار آن از ۲۴ عدد در روز بیشتر شود. در طی شش هفته اول باید یک آدامس هر ۱ تا ۲ ساعت مصرف شود. پزشکان بالینی باید مقدار و مدت درمان را مناسب با نیاز بیمار تعیین کنند.</p>	مقدار مصرف
فروش بدون نسخه	قابلیت دسترسی

ادامه جدول ۳-۴: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی قرص جویدنی نیکوتینی

<p>تکنیک جویدن: آدامس باید به آرامی جویده شود تا زمانی که طعم فلفل یا نعناع ایجاد شود، سپس بین گونه و لثه نگهداشته شود تا جذب نیکوتین از طریق مخاط تسهیل شود. اینکار باید برای ۳۰ دقیقه ادامه یابد.</p> <p>جذب: نوشیدنی‌های اسیدی (از قبیل قهوه، آب میوه، نوشیدنی‌های بدون الکل) با جذب نیکوتین از مخاط دهان تداخل می‌کنند. بنابراین باید از خوردن و نوشیدن هر چیزی غیر از آب طی ۱۵ دقیقه قبل و بعد از جویدن آدامس خودداری شود.</p> <p>برنامه‌ریزی مصرف: بیماران اغلب به مقدار کافی از آدامس استفاده</p>	دستورات هنگام تجویز
--	---------------------

<p>نمی‌کنند تا حداکثر بهره را از آن ببرند، آنها از تعداد خیلی کم آدامس در روز استفاده می‌کنند و هفته‌های کافی نیز آن را مصرف نمی‌کنند.</p> <p>دستورات برای جویدن آدامس طبق یک برنامه ثابت (حداقل یک آدامس برای هر ۱ تا ۲ ساعت) برای حداقل ۱ تا ۳ ماه احتمالاً مؤثرتر از مصرف آن به اختیار و میل خود بیمار است.</p> <p>قیمت ۱۰۰ آدامس ۲ میلی گرمی ۴۸ دلار</p> <p>قیمت ۱۰۰ آدامس ۴ میلی گرمی ۶۳ دلار</p>	قیمت
--	------

جدول ۳-۵: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی نیکوتین استنشاقی

مصرف بالینی نیکوتین استنشاقی (مورد تأیید FDA)	
انتخاب بیمار	<p>نیکوتین استنشاقی (مورد تأیید FDA) دارویی مناسب به عنوان خط اول درمان توقف مصرف دخانیات می‌باشد.</p>
احتیاطات	<p>بارداری: سیگاری‌های باردار باید ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. نیکوتین استنشاقی فقط باید در صورتی مصرف شود که افزایش احتمال پرهیز و منافع متعاقب آن بیش از خطرات مصرف جایگزین نیکوتین و یا ادامه مصرف دخانیات باشد. این موارد در مورد زنان شیرده نیز صدق می‌کند. (کلاس د FDA). مصرف این دارو در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود.</p> <p>بیماری‌های قلبی عروقی: NRT (جایگزین‌های نیکوتینی)، به عنوان یک عامل خطر برای حوادث قلبی عروقی به حساب نمی‌آیند. NRT باید در بعضی از گروه‌های بیماران قلبی عروقی با احتیاط مصرف شود:</p> <p>کسانی که در فاز حاد بعد از سکته قلبی قرار دارند (تا ۲ هفته)، آنهایی که آریتمی جدی دارند و آنهایی که آنژین صدری جدی و یا تشدید شونده دارند.</p> <p>واکنش تحریک موضعی: تحریک موضعی در دهان و حلق در ۴۰ درصد بیماران که از نیکوتین استنشاقی استفاده می‌کنند، دیده می‌شود. سرفه (۳۲ درصد)، التهاب بینی (۲۳ درصد) از دیگر عوارض شایع می‌باشند.</p> <p>شدت علائم معمولاً کم بوده و با ادامه مصرف کاهش می‌یابد.</p>

مقدار مصرف	یک دوز نیکوتین استنشاقی شامل یک پاف یا یک استنشاق است. هر کارتریج ۴ میلی گرمی نیکوتین با ۸۰ پاف وارد بدن می‌شود. مقدار مصرف توصیه شده ۶ تا ۱۶ کارتریج در روز است. مدت توصیه شده برای درمان تا ۶ ماه است. به بیمار توصیه کنید که در ۳ ماه آخر مقدار مصرف را به تدریج کاهش دهد.
------------	---

ادامه جدول ۵-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی نیکوتین استنشاقی

قابلیت دسترسی	نیکوتین استنشاقی - فقط با نسخه
دستورات در هنگام تجویز	درجه حرارت: در حرارت زیر ۴۰ درجه فارنهایت، انتقال نیکوتین از دستگاه (inhaler) بطور قابل توجهی کم می‌شود. در هوای سرد دستگاه (inhaler) و کارتریج باید در داخل جعبه یا یک جای گرم نگهداری شود. جذب: نوشابه‌های اسیدی (مثل قهوه، آب میوه، نوشابه‌های غیرالکلی) با جذب نیکوتین از طریق خوراکی تداخل دارند، بنابراین از خوردن و نوشیدن هر چیزی غیر از آب در طی ۱۵ دقیقه قبل و بعد از مصرف، باید خودداری شود. مدت مصرف: تا ۶ ماه، به صورتی که در ۶ تا ۱۲ هفته آخر درمان، به تدریج از دفعات مصرف کاسته شود. حداکثر تأثیر: با پاف‌های مکرر حاصل می‌شود.
قیمت	یک جعبه ۱۶۸ تایی ۱۹۶ دلار

جدول ۶-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی قرص زیر زبانی نیکوتین

مصرف بالینی قرص زیر زبانی نیکوتین (مورد تأیید FDA)	
انتخاب بیمار	قرص زیرزبانی نیکوتین (مورد تأیید FDA) دارویی مناسب به عنوان خط اول درمان توقف مصرف دخانیات می‌باشد.
احتیاطات	بارداری: سیگاری‌های باردار باید ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. قرص زیرزبانی نیکوتین فقط باید در صورتی مصرف شود که افزایش احتمال

<p>پرهیز و منافع متعاقب آن بیش از خطرات مصرف جایگزین نیکوتین و یا ادامه مصرف دخانیات باشد. این موارد در مورد زنان شیرده نیز صدق می‌کند. (کلاس د FDA). مصرف این دارو در دوران شیردهی توصیه نمی‌شود.</p>	
<p>بیماری‌های قلبی عروقی: NRT (جایگزین‌های نیکوتینی)، به عنوان یک عامل خطر برای حوادث قلبی عروقی به حساب نمی‌آیند. NRT باید در بعضی از گروه‌های بیماران قلبی عروقی با احتیاط مصرف شود: کسانی که در فاز حاد بعد از سکته قلبی قرار دارند (تا ۲ هفته)، آنهایی که آریتمی جدی دارند، و آنهایی که آنژین صدری جدی و یا تشدید شونده دارند. آثار جانبی: تهوع، سسکسه، سوزش سر دل شایع‌ترین آثار جانبی هستند. در ۱۰٪ بیماران که از قرص زیرزبانی ۴ میلی‌گرمی نیکوتین استفاده می‌کنند سردرد و سرفه دیده می‌شود.</p>	
<p>قرص زیرزبانی نیکوتین به صورت ۲ میلی‌گرمی و ۴ میلی‌گرمی می‌باشند. نوع ۲ میلی‌گرمی برای کسانی که بعد از ۳۰ دقیقه از بیدار شدن از خواب سیگار می‌کشند و ۴ میلی‌گرمی برای کسانی که قبل از ۳۰ دقیقه از بیدار شدن از خواب سیگار می‌کشند توصیه می‌شود. در طی شش هفته اول توصیه به مصرف ۹ قرص زیرزبانی روزانه می‌شود و تا ۱۲ هفته باید مصرف شود. میزان مصرف روزانه نباید از ۲۰ قرص روزانه فراتر رود.</p>	مقدار مصرف
<p>فروش بدون نسخه</p>	قابلیت دسترسی

ادامه جدول ۳-۶: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی قرص زیر زبانی نیکوتین

نیکوتین استنشاقی - فقط با نسخه	قابلیت دسترسی
<p>قرص زیرزبانی باید داخل دهان حل شود و از جویدن یا بلعیدن ترک گردد. جذب: نوشابه‌های اسیدی (مثل قهوه، آب میوه، نوشابه‌های غیرالکلی) با جذب نیکوتین از طریق خوراکی تداخل دارند، بنابراین از خوردن و نوشیدن</p>	<p>دستورات در هنگام تجویز</p>

هر چیزی غیر از آب در طی ۱۵ دقیقه قبل و بعد از مصرف، باید خودداری شود.	
مدت مصرف: بیماران باید تشویق شوند تا یک قرص هر یک تا دو ساعت برای شش هفته، سپس یک قرص هر یک تا دو تا چهار ساعت برای هفته هفتم تا نهم و در آخر یک قرص هر چهار تا ده ساعت برای هفته دهم تا دوازدهم مصرف نمایند.	
یک جعبه ۷۲ تایی ۲ میلی گرمی ۳۴ دلار	قیمت
یک جعبه ۷۲ تایی ۴ میلی گرمی ۳۹ دلار	

جدول ۷-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی اسپری بینی نیکوتین

مصرف بالینی اسپری بینی نیکوتین (مورد تأیید FDA)	
انتخاب بیمار	مصرف این دارو به عنوان خط اول درمان برای توقف مصرف سیگار مناسب است.
احتیاطات	<p>بارداری: سیگاری‌های باردار باید در ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. اسپری بینی نیکوتین در زمان بارداری باید به صورتی مصرف شود که افزایش احتمال پرهیز و منافع متعاقب آن، بیش از خطر استفاده از جایگزین‌های نیکوتین و یا ادامه مصرف دخانیات باشد. این موارد درباره زنان شیرده نیز صدق می‌کند (FDA کلاس د)</p> <p>بیماری‌های قلبی عروقی: NRT به عنوان یک فاکتور خطر مستقل برای حوادث حاد قلبی عروقی مطرح نمی‌شود. NRT باید در بعضی بیماران قلبی عروقی با احتیاط مصرف شود: کسانی که در فاز حاد بعد از سکته قلبی قرار دارند (تا ۲ هفته). آنهایی که آریتمی جدی دارند و افرادی که آنژین صدری جدی یا تشدید شونده دارند.</p> <p>واکنش‌های بینی و مجاری هوایی: حدود ۹۴ درصد از بیماران، سوزش متوسط تا شدید بینی در طول ۲ روز اول مصرف را گزارش می‌کنند.</p> <p>۸۱ درصد از این افراد تا ۳ هفته بعد هنوز علائم را بصورت خفیف تا متوسط دارند. پر خونی بینی (Nasal congestion) و تغییرات موقت در حس بویایی و چشایی نیز گزارش شده است. کسانی که بیماری شدید</p>

<p>مجاری هوایی تحریک پذیر دارند، نباید از اسپری بینی نیکوتین استفاده کنند.</p> <p>وابستگی: در میان داروهای جایگزین نیکوتین و انواع سیگار، اسپری بینی نیکوتین، حد متوسط را از نظر ایجاد وابستگی دارد.</p> <p>حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد، استفاده از اسپری بینی نیکوتین را بیش از مدت توصیه شده (۶ تا ۱۲ ماه) ادامه می‌دهند و ۵ درصد از افراد نیز اسپری را بیش از مقدار توصیه شده استفاده می‌کنند.</p>	
<p>یک دز اسپری نیکوتین می‌تواند ۰/۵ میلی‌گرم نیکوتین را به هر مجرای بینی انتقال دهد. (۱ میلی‌گرم در مجموع)</p> <p>مقدار مصرف در ابتدا باید از یک تا دو دز در ساعت شروع گردد و در صورت نیاز تا زمان رفع علائم افزایش یابد. حداقل درمان توصیه شده ۸ دز در روز و حداکثر ۴۰ دز در روز می‌باشد. (۵ دز در ساعت)</p> <p>هر شیشه شامل ۱۰۰ دز می‌باشد. مدت درمان ۳ تا ۶ ماه توصیه می‌شود.</p>	<p>قدار مصرف</p>
<p>فقط از طریق نسخه.</p>	<p>قابلیت دسترسی</p>
<p>نحوه مصرف: از بالا کشیدن بوسیله بینی، بلع یا استنشاق از طریق بینی باید خودداری کرد. زیرا اینکار باعث تحریک و سوزش می‌شود. انتقال دارو هنگامی که سر اسپری کمی به عقب خم شود بهتر صورت می‌گیرد.</p>	<p>دستورات هنگام تجویز</p>
<p>۴۹ دلار برای هر شیشه</p>	<p>قیمت روزانه</p>

جدول ۸-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی برچسب پوستی نیکوتین

مصرف بالینی برچسب پوستی نیکوتین (مورد تأیید FDA)	
<p>مصرف این دارو به عنوان خط اول درمان توقف مصرف سیگار مناسب می‌باشد.</p> <p>بارداری: سیگاری‌های باردار باید در ابتدا به ترک بدون مصرف دارو ترغیب شوند. چسب نیکوتینی در زمان بارداری باید تنها در صورتی مصرف شود که افزایش احتمال پرهیز و منافع پیامد آن بیشتر از خطرات مصرف NRT و یا ادامه مصرف دخانیات باشد. این موارد در مورد زنان شیرده نیز صدق می‌کند (کلاس ج FDA)</p> <p>بیماری‌های قلبی عروقی: NRT به عنوان یک فاکتور خطر مستقل برای</p>	<p>انتخاب بیمار</p> <p>احتیاطات</p>

<p>حوادث قلبی عروقی به حساب نمی‌آید. NRT باید در بعضی گروه‌های بیماران قلبی با احتیاط مصرف شود: «کسانی که در فاز حاد بعد از سکته قلبی قرار دارند (تا ۲ هفته)، آنهایی که آریتمی جدی دارند، و افرادی که آنژین صدری جدی یا تشدید شونده دارند.»</p> <p>واکنش‌های پوستی: تا ۵۰ درصد از بیمارانی که از چسب پوستی نیکوتین استفاده می‌کنند یک واکنش پوستی موضعی دارند واکنش‌های پوستی معمولاً خفیف و خود به خود محدود شونده است، ولی ممکن است که در طول درمان بدتر شود.</p> <p>درمان موضعی با کرم یک درصد هیدروکورتیزون یا تریامسینولون (۰/۵ درصد) و جا به جا کردن محل چسب می‌تواند این واکنش‌های موضعی را کاهش دهد. در کمتر از ۵ درصد از بیماران، این واکنش‌ها قطع درمان با چسب پوستی را ایجاب می‌کند.</p> <p>بی‌خوابی و کابوس شبانه از آثار جانبی دیگر هستند.</p>	
<p>نشان داده شده است که درمان‌های ۸ هفته یا کمتر، به اندازه درمان‌های طولانی‌تر تأثیر دارند. چسب‌های ۱۶ و ۲۴ ساعته از کارآیی مشابهی برخوردارند. پزشکان بالینی باید براساس ویژگی‌های شخصی بیماران (از قبیل تجربه قبلی استفاده از چسب، میزان مصرف دخانیات، میزان وابستگی و غیره) درمان‌های مناسب افراد را انجام دهند. مثالی از مقادیر توصیه شده در زیر آمده است.</p>	مقدار مصرف
<p>بدون نسخه یا با نسخه</p>	قابلیت دسترسی
<p>مدت</p>	نوع
<p>مقدار مصرف</p>	
<p>۲۱ میلی‌گرم در روز</p>	هفته
<p>۱۴ میلی‌گرم در روز</p>	بعد ۲ هفته
<p>۷ میلی‌گرم در روز</p>	بعد ۲ هفته
<p>۱۵ میلی‌گرم در ۱۶ ساعت</p>	۸ هفته
<p>۱۱ یا ۲۲ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت</p>	دز واحد
<p>موضع استفاده: بیمار باید در ابتدای روز، چسب را در ناحیه‌ای نسبتاً بی‌مو، بین گردن و کمر قرار دهد.</p>	دستورات هنگام تجویز

فعالیت: هنگام استفاده نیاز به محدود کردن فعالیت روزانه نمی‌باشد. اطلاعات لازم: باید در روز ترک به محض بیدار شدن از خواب آن را به کار برد. بیمارانی که دچار اختلال خواب می‌شوند، می‌توانند برچسب‌های ۲۴ ساعته را قبل از خواب بردارند و یا از برچسب‌های ۱۶ ساعته استفاده کنند.	
۷ میلی‌گرم ۳۷ دلار	قیمت روزانه
۱۴ میلی‌گرم ۴۷ دلار	
۲۱ میلی‌گرم ۴۸ دلار	

جدول ۹-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی واریکلین

مصرف بالینی واریکلین	
انتخاب بیمار	مصرف این دارو به عنوان خط اول درمانی برای توقف مصرف سیگار مناسب است.
احتیاطات	بارداری: زنان باردار باید در ابتدا به ترک بدون استفاده از دارو ترغیب شوند. سودمندی مصرف واریکلین در زمان بارداری اثبات نشده است. داروهای خط اول درمان مؤثر واقع نشده باشند. این موارد بطور مشابه در زنان شیرده رعایت می‌شود (FDA کلاس C) بیماری‌های قلبی عروقی: منع مصرف وجود ندارد. در بیماران با مشکل کلیوی (کلیرانس کراتینین کمتر از ۳۰ میلی لیتر در دقیقه، تحت درمان با دیالیز) باید با احتیاط مصرف شود. این بیماران شاید برای رانندگی یا کار با ماشین آلات دچار مشکل شوند. از فوریه سال ۲۰۰۸ FDA یک مورد احتیاط به مصرف واریکلین اضافه نموده است. خلق افسرده، پرخاشگری، تغییر رفتار، ایده خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران مصرف‌کننده واریکلین دیده شده است. بیماران باید قبل از مصرف این دارو با پزشک بالینی خود در مورد تمام سوابق پزشکی خود صحبت کنند. پزشکان بالینی نیز باید تمام تغییرات رفتاری و خلق بیمار را کنترل نمایند. آثار جانبی: تهوع، مشکل در به خواب رفتن، کابوس‌های شبانه.
میزان مصرف	قرص ۰/۵ میلی‌گرمی یک هفته قبل از ترک شروع می‌شود و به مدت ۳

روز ادامه می‌آید. سپس به مدت ۴ روز قرص ۰/۵ میلی‌گرمی دو بار در روز مصرف می‌شود. سپس تا ۳ ماه قرص ۱ میلی‌گرمی دو بار در روز مصرف می‌شود. این قرص را تا ۶ ماه می‌توان مصرف کرد. روز ترک روز هشتم درمان است.	قابلیت دسترسی
	فقط با نسخه

توقف مصرف سیگار قبل از روز ترک: بسیاری از بیماران قبل از روز ترک میل خود را نسبت به سیگار از دست می‌دهند.	دستورات هنگام تجویز
اطلاعات مصرف: برای کاهش تهوع بهتر است با معده پر دارو مصرف شود، برای کاهش بی‌خوابی بهتر است دز شبانه در ابتدای شب مصرف شود.	
۵۶ قرص ۱۳۱ دلار	قیمت روزانه

جدول ۱۰-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی کلونیدین

مصرف بالینی کلونیدین (در زمینه ترک سیگار توسط FDA تأیید نشده است)	
انتخاب بیمار	مصرف این دارو به عنوان خط دوم درمانی برای توقف مصرف سیگار مناسب است.
احتیاطات	بارداری: زنان باردار باید در ابتدا به ترک بدون استفاده از دارو ترغیب شوند مصرف کلونیدین در زمان بارداری توصیه نمی‌شود. (FDA کلاس C). این دارو در زنان شیرده مورد مطالعه قرار نگرفته است. این دارو در کسانی که با ماشین‌آلات کار می‌کنند با احتیاط و ذکر خطرات احتمالی باید مصرف گردد. آثار جانبی: شایع‌ترین عوارض گزارش شده شامل: خشکی دهان (۴۰ درصد)، خواب‌آلودگی (۳۳ درصد)، سرگیجه (۱۶ درصد)، خواب‌آلودگی (۱۰ درصد) و بیبوست (۱۰ درصد) می‌باشند. به عنوان داروی ضد فشارخون می‌توان افت فشار را در اغلب مصرف‌کنندگان انتظار داشت، بنابراین پزشکان بالینی احتمالاً کنترل فشارخون در هنگام مصرف را لازم خواهند دانست. فشارخون ریباند (بازجهشی): اگر مصرف دارو ظرف ۲ تا ۴ روز (قبل از قطع

مصرف) تدریجاً کاهش نیابد، ممکن است افزایش فشارخون، بی‌قراری، گیجی یا لرزش در بیمار ایجاد شود.	
مقادیر بکار رفته در شرایط مختلف آزمایشات بالینی، تفاوت قابل توجهی داشته است، (از ۱۵/ میلی‌گرم تا ۷۵/ میلی‌گرم مصرف روزانه خوراکی تا ۱/ تا ۲/ میلی‌گرم در روز به صورت بین پوستی) بدون اینکه رابطه واضحی بین میزان داروی مصرف شده و پاسخ درمانی مشخص شود. دز ابتدایی ۱/ میلی‌گرم ۲ بار در روز بصورت خوراکی یا ۱/ میلی‌گرم در روز به صورت بین جلدی که در صورت نیاز هفته‌ای ۰/۱ میلی‌گرم به آن افزوده می‌شود. مدت مصرف نیز براساس آزمایشات از ۳ تا ۱۰ هفته متفاوت است.	مقدار مصرف
خوراکی: فقط با نسخه ترانس درمال: فقط با نسخه	قابلیت دسترسی
شروع: در روز ترک سیگار یا ۳ روز قبل از ترک مصرف کلونیدین را شروع کنید. اطلاعات مصرف: در شروع و ابتدای هر هفته، بیمار باید یک برچسب پوستی جدید را در ناحیه‌ای نسبتاً بی‌مو در ناحیه بین گردن و دور کمر قرار دهد. دارو نباید یک‌باره قطع گردد.	دستورات هنگام تجویز
۱۳ دلار برای ۶۰ قرص ۰/۲ میلی‌گرم ۱۰۶ دلار برای ۴ بسته برچسب	قیمت روزانه

جدول ۱۱-۳: پیشنهادات در مورد مصرف بالینی نورتریپتیلین

مصرف بالینی نورتریپتیلین (در زمینه ترک دخانیات توسط FDA تأیید نشده است).	
مصرف این دارو به عنوان خط دوم درمان برای توقف مصرف سیگار مناسب است.	انتخاب بیمار
بارداری: زنان باردار باید در ابتدا به ترک بدون استفاده از دارو ترغیب شوند مصرف نورتریپتیلین در زمان بارداری توصیه نمی‌شود. (FDA کلاس D). این دارو در زنان شیرده مورد مطالعه قرار نگرفته است. عوارض جانبی: خواب‌آلودگی، خشکی دهان (۶۴ تا ۷۸ درصد)، تاری	

دید (۱۶ درصد) احتباس ادراری، سرگیجه (۴۹ درصد) و لرزش دست (۲۳ درصد).	احتیاطات
این دارو در کسانی که با ماشین آلات کار می‌کنند، کارهای سنگین جسمانی می‌کنند با احتیاط و ذکر خطرات احتمالی باید مصرف گردد. عوارض قلبی عروقی: به علت خطر آریتمی، تغییر قدرت انقباضی قلب و کاهش جریان خون باید این دارو در بیماران قلبی عروقی با احتیاط مصرف شود. با مهار کننده های مونو آمین اکسیداز نباید مصرف شوند. در آزمایشات بالینی مقدار مصرف از ۲۵ میلی‌گرم در روز شروع و تدریجاً تا ۷۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه افزایش داده شده است. مدت درمان برای توقف مصرف سیگار حدوداً ۱۲ هفته است.	
فقط با نسخه	قابلیت دسترسی
شروع درمان: درمان از ۱۰ تا ۲۸ روز قبل از تاریخ ترک شروع تا میزان آن به حد ثابت مورد نظر برسد. کنترل مصرف: بهتر است میزان سطح سرمی دارو خصوصاً در بیماران با سابقه مشکل روانی تحت کنترل باشد. دارو نباید یک‌باره قطع گردد. مقدار مصرف بیش از حد، خطر عوارض سمی مشخصی بر قلب، تشنج و کما دارد. خطر افزایش بیش از حد آن در خون باید قبل از شروع درمان در نظر گرفته شود.	دستورات هنگام تجویز
۲۴ دلار برای ۶۰ قرص ۲۵ میلی‌گرم	قیمت روزانه

ب: بیمارانی که قصد ترک ندارند.

ایجاد انگیزه برای ترک

تمامی بیمارانی که به مرکز مراقبت‌های بهداشتی مراجعه می‌کنند باید به طور روتین از نظر وضعیت مصرف دخانیات مورد ارزیابی قرار گیرند. پزشکان باید به تمام مصرف‌کنندگان دخانیات توصیه کنند که مصرف دخانیات را خاتمه دهند و در ضمن میزان تمایل آنها برای ترک را ارزیابی کنند.

پزشکان باید برای کسانی که قصد ترک ندارند، اقدامات مداخله‌ای مختصر را انجام دهند تا انگیزه بیمار برای ترک افزایش یابد.

بیمارانی که تمایل به ترک ندارند ممکن است، از اثرات زیان‌بار دخانیات اطلاع نداشته باشند، یا در مورد ترک احساس ترس یا نگرانی داشته باشند، یا در اثر عود مجدد بعد از ترک قبلی، روحیه خود را از دست داده باشند و یا مشکلات مالی داشته باشند. این قبیل بیماران را می‌توان با اقدامات برانگیزاننده مثل مداخلات افزایش انگیزه برای ترک بر پایه مصاحبه انگیزشی و استفاده از روش‌های مراجع-مدار به تلاش مجدد برای ترک تشویق کرد.

پزشکان بالینی که از مصاحبه انگیزشی استفاده می‌کنند در واقع احساسات، باورها و ایده‌های افراد سیگاری را در مورد دخانیات ارزیابی می‌کنند و در واقع دوگانگی‌های مربوط به دخانیات را آشکار می‌سازند. زمانی که این دوگانگی‌ها مشخص شدند، پزشک بالینی اقدام به استفاده از آنها در جهت تقویت و روشن‌تر کردن دلایل ترک سیگار برای بیمار و همچنین اهداف مشخص در روند ترک سیگار مانند عدم استعمال دخانیات در منزل می‌کند. پژوهشگران دریافته‌اند که استفاده از عبارات و مشکلات خود بیماران کمک بیشتری به آنها برای ترک سیگار می‌کند تا استفاده از اصطلاحات و عبارات علمی مربوط به این مشکل. مصاحبه انگیزشی اگر شرایط زیر را داشته باشد بیشترین توفیق را به همراه خواهد داشت ۱- پزشک با بیمار همدل باشد ۲- از اطلاعات خود بیمار برای افزایش انگیزه در او استفاده کند (بهترین انتخاب را انجام دهد) ۳- دوززدن مقاومت فرد سیگاری ۴- از عوامل تأثیرگذار خودجوش بیمار حمایت لازم را انجام دهد. استراتژی‌های مصاحبه انگیزشی در جدول زیر آمده‌اند. (استراتژی‌های ب ۱)

از آنجایی که این بخش از درمان اختصاصی می‌باشد، وجود کادر آموزش دیده در این حیطه بسیار ارزشمند می‌باشد. حوزه اصلی که باید توسط مصاحبه انگیزشی روی آن متمرکز شود می‌تواند توسط موارد (۵R) حاصل گردد (استراتژی‌های ب ۲). این اقدامات برانگیزاننده (۵R) مخفف کلمات زیر هستند: Relevance (تناسب داشتن و مرتبط بودن)، Risks (خطرات و هشدارها)، Rewards (پاداش‌ها)، Roadblocks (موانع)، Repetition (تکرار) می‌باشند.

استراتژی مختصر ب ۱:

استراتژی‌های مصاحبه انگیزشی

• استفاده از سؤالات باز به منظور:

- یافتن اهمیت استعمال دخانیات برای بیمار (مثلاً، چقدر برای شما اهمیت دارد که سیگار را ترک کنید؟)
- معایب و فواید ترک سیگار (مثلاً، در صورت ترک سیگار چه اتفاقی برای شما می‌افتد؟)
- استفاده از تکنیک گوش دادن بازتابی برای اطمینان از تفاهم
- بازگو کردن کلمات و معانی آنها (مثلاً، پس شما برای حفظ وزن خود سیگار می‌کشید؟)
- خلاصه کردن (مثلاً، آنچه تا به حال گفتید این بود که شما از سیگارکشیدن لذت می‌برید و دوست شما از سیگارکشیدن بدش می‌آید و این که نگران سلامتی خود هستید)
- بیان نگرانی‌ها و احساسات (مثلاً، خیلی از افراد سیگاری نگران زندگی بدون سیگار هستند)
- حمایت از استقلال رأی بیمار برای پذیرش یا رد درمان (مثلاً، من متوجه شدم که شما در حال حاضر مایل به ترک سیگار نیستید. هر زمان که آماده شدید می‌توانم به شما کمک کنم.)
- مشخص نمودن تناقض‌های رفتاری بیمار و مشخص نمودن اولویت‌ها، ارزش‌ها و اهداف (مثلاً، به نظر می‌رسد که شما اهمیت زیادی به خانواده خود می‌دهید. فکر می‌کنید سیگارکشیدن شما چه تأثیری روی فرزندان شما می‌گذارد؟)
- تقویت مسئولیت‌پذیری بیمار (مثلاً، پس شما تأثیر سیگارکشیدن را روی تنفس خود درک کرده‌اید و متوجه شده‌اید که راه رفتن با فرزندان مشکل است، یا این که شما در زمانی که مشغله کاری زیادی دارید می‌خواهید ترک کنید و این فکر خوبی است)
- ایجاد و نهادینه کردن تعهد به تغییر (مثلاً، راه‌های درمانی زیادی وجود

همدلی

استفاده از
اطلاعات بیمار
برای افزایش
انگیزه

دارد که می‌توانند ترک سیگار را برای شما راحت‌تر کنند، یا می‌خواهم به شما کمک کنم تا دچار سکنه‌ای، شبیه آنچه برای پدرتان اتفاق افتاد، نشوید.

<ul style="list-style-type: none"> • عدم مقاومت در مقابل اصرار بیمار (مثلاً به نظر می‌رسد برای سیگار کشیدن خود مصر هستید). • بیان همدلی (مثلاً به نظر می‌رسد نگران مشکلات ترک سیگار هستید). • کسب اجازه برای دادن اطلاعات (مثلاً اگر موافق هستید بعضی از مشکلات احتمالی در طی ترک سیگار را برای شما بازگو کنم). 	<p>دور زدن مقاومت فرد سیگاری</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کمک به بیمار برای شناسایی موفقیت‌های قبلی (مثلاً پس شما در اقدام قبلی خود برای ترک سیگار تا حدودی موفق بوده‌اید). • ارائه راه‌های مختلف. <ul style="list-style-type: none"> - تماس با خط تلفنی مشاوره ترک سیگار - مطالعه در مورد راهکارها و فواید ترک سیگار - تغییر الگوی استعمال دخانیات، مثلاً عدم مصرف سیگار در منزل. - صحبت با بیمار در مورد راهکارهای مورد نظر او. 	<p>حمایت از عوامل تأثیرگذار خودجوش بیمار</p>

استراتژی مختصر ب ۲:

افزایش انگیزه برای ترک مصرف دخانیات ۵R

به بیمار گوشزد کنید که به چه دلیلی ترک سیگار برای او مهم است و این که هر چه روش ترک با شرایط او متناسب‌تر باشد، برای او بهتر خواهد بود. اگر صحبت‌های برانگیزاننده پزشک بالینی با وضعیت بیمار، عوامل مشکل‌ساز، وضعیت اجتماعی و خانوادگی (مثل داشتن فرزند) مشغله‌های ذهنی در مورد سلامتی، سن، جنس یا دیگر خصوصیات فردی بیمار (تجربه قبلی ترک، موانع شخصی برای ترک)، ارتباط و

Relevance
(تناسب داشتن)

<p>تناسب داشته باشد، تأثیر بیشتری را به جا خواهد گذاشت.</p>	
<p>پزشک باید از بیمار بخواهد نتایج منفی مصرف دخانیات را مشخص و مرور کند. پزشک می‌تواند خطراتی را که ظاهراً با بیمار بیشتر ارتباط دارد، مورد تأکید قرار دهد. همچنین باید برای بیمار توضیح دهد که استفاده از سیگارهای سبک کم قطران و کم نیکوتین یا دیگر اشکال دخانیات (دخانیاتی بدون دود، سیگار برگ و پیپ) این خطر را کم نمی‌کند. خطرات احتمالی شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطرات کوتاه‌مدت: تنگی‌نفس، تشدید آسم، عوارض بارداری، افزایش خطر عفونت‌های تنفسی، ناتوانی جنسی، ناباروری و افزایش مونوکسیدکربن خون • خطرات دراز مدت: حملات قلبی و سکته مغزی، سرطان‌ها (ریه، حنجره، حفره دهان، فارنکس، مری، لوزالمعده، مثانه، کلیه، دهانه رحم، لوسمی میلوپاتیک) بیماری انسدادی مزمن ریه (برونشیت مزمن و آمفیزم) ناتوانی جنسی، پوکی استخوان و نیاز برای مراقبت‌های بهداشتی بیشتر. • خطرات برای اطرافیان: افزایش خطر سرطان ریه و بیماری قلبی در همسر، میزان مصرف بیشتر دخانیات در فرزندان، افزایش خطر تولد نوزاد با اختلال رشد در دوران جنینی، سندرم مرگ ناگهانی نوزادان (SIDS)، آسم، بیماری گوش میانی و عفونت‌های تنفسی در کودکان افراد سیگاری. 	<p>Risks (خطرات)</p>

<p>پزشک باید از بیمار بخواهد فواید بالقوه ترک مصرف دخانیات را مشخص کند. پزشک می‌تواند فوایدی را که با وضعیت بیمار تناسب بیشتری دارند به او پیشنهاد و یا مورد تأکید قرار دهد.</p>	
<p>نمونه‌های منافع ترک:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بهبود سلامتی • طعم بهتر غذا در ذائقه فرد • بهبود حس بویایی 	<p>Rewards (پاداش‌ها)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • پس انداز پول • احساس بهتر در مورد خود • بوی بهتر در خانه، ماشین، لباس • الگو شدن برای فرزندان • نوزادان و کودکان سالم تر داشتن • نداشتن نگرانی در مورد در معرض قرار دادن دیگران در برابر دود سیگار • احساس جسمی بهتر • انجام بهتر فعالیت های جسمی • وضعیت ظاهری و کاهش چین و چروک و جلوگیری از پیری زودرس پوست 	
<p>پزشک باید از بیمار بخواهد موانع و مشکلاتی که در راه ترک وجود دارد و اقدامات درمانی (تکنیک حل مشکل، درمان دارویی) جهت حل این مسائل را مشخص کند. موانع شاخص ممکن است موارد ذیل باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مجموعه علائم قطع مصرف • نگرانی از شکست • افزایش وزن • نداشتن حمایت • افسردگی • لذت از دخانیات • احاطه شدن توسط بستگان یا دوستان سیگاری • آگاهی محدود از گزینه های مختلف درمان ترک سیگار 	<p>Roadblocks (موانع)</p>

<p>هر بار که بیماری بدون انگیزه برای ترک، مراجعه کند باید مصاحبه انگیزشی برای وی انجام شود. به مصرف کنندگان دخانیات که در ترک های قبلی شکست خورده اند باید گفته شود که اکثر افراد قبل از موفقیت کامل، تلاش های مکرری برای ترک داشته اند.</p>	<p>Repetition (تکرار)</p>
--	-------------------------------

ج : بیمارانی که اخیراً ترک کرده‌اند

درمان برای کسانی که به تازگی ترک کرده‌اند

افرادی که به تازگی سیگار خود را ترک کرده‌اند، در معرض عود قرار دارند. اکثر موارد عود در طی روند درمان ترک سیگار اتفاق می‌افتد و یا ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد از ترک امکان دارد رخ دهد. مطالعات زیادی به منظور پیشگیری از عود در افرادی که سیگار خود را ترک کرده‌اند انجام گرفته است. این مطالعات به منظور کاهش احتمال عود از طریق به کارگیری روش‌های مشاوره‌ای تخصصی در طی درمان وابستگی به نیکوتین و یا به کارگیری روش‌های تکمیلی در پایان پروسه ترک بوده است. به طور کلی این مطالعات موفق به تعیین روش مشاوره‌ای یا دارویی خاصی برای کاهش مشخص عود نشدند هر چند در مطالعاتی تأثیر حفظ ارتباط با پزشکان بالینی بعد از پایان درمان مثبت تلقی شده است.

انجام اقدامات مداخله‌ای برای جلوگیری از عود، خصوصاً در زمانی که هنوز خیلی از ترک نگذشته است، مؤثر می‌باشد. ویزیت‌های درمانگاهی، مشاوره‌های تلفنی که در طی آن پزشک با بیمار تازه درمان شده روبرو می‌شود، از جمله موقعیت‌هایی هستند که اقدامات مداخله‌ای قابل انجام است. برنامه‌های مدون و سازمان یافته برای مشخص نمودن افراد تازه ترک کرده و تماس با آنها جهت انتقال پیام‌های بهداشتی مؤثر برای جلوگیری از عود، ضروری است که در جدول ج ۱ آمده است. همچنین بیمارانی که تازه ترک کرده‌اند شاید با مشکلاتی روبرو شوند که نیاز به رسیدگی و توجه ویژه دارند.

استراتژی مختصر ج ۱: مداخلات لازم برای بیمارانی که به تازگی ترک کرده‌اند

هر فرد تازه ترک کرده که برای او اقدامات مختصر جلوگیری از عود، صورت می‌گیرد باید با هر مرحله از موفقیت، مورد تحسین قرار گرفته و به منظور ادامه پرهیز دل‌گرمی کافی داشته باشد. وقتی با فرد تازه ترک کرده روبرو می‌شوید با استفاده از سؤالات باز، اقدام در جهت یافتن راه حل برای مشکلات بیمار را شروع کنید:

- مثلاً با سؤال: توقف استعمال دخانیات چه کمکی به تو کرده است؟
- منافع: از قبیل منافع مرتبط با سلامت فرد در صورت ادامه پرهیز
- هر موفقیتی که بیمار در طی روند ترک داشته است (مدت پرهیز، کاهش علائم بعد از ترک

و ...)

- مشکلاتی که در ارتباط با مصرف دارو با آن مواجه شده است و در صورت ادامه مصرف عوارض جانبی به وجود آمده.

استراتژی مختصر ج ۲: مشکلات مطرح شده توسط سیگاری‌های سابق

بیمارانی که در گذشته سیگار می‌کشیدند مشکلاتی که پرهیز را مورد خطر قرار می‌دهد را بازگو می‌کنند. در پاسخ به این موارد، جواب‌های مناسب به صورت زیر خواهد بود.

مشکلات	راه‌حل‌ها
نداشتن حمایت برای توقف مصرف دخانیات	<ul style="list-style-type: none"> • ویزیت‌های پیگیری با تماس تلفنی را برنامه‌ریزی کنید. • بیمار را تشویق کنید تا با خط ملی مشاوره ترک سیگار تماس بگیرد. • به بیمار کمک کنید تا در محیط زندگی خود، افرادی را برای حمایت مشخص کند. • بیمار را به سازمان‌های مناسبی که خدمات مشاوره‌ای و حمایتی برای درمان وابستگی به دخانیات انجام می‌دهد، ارجاع دهید.
خلق منفی یا افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> • اگر قابل ملاحظه است، می‌توانید امکان مشاوره را برای او فراهم کنید، داروی مناسب تجویز کنید یا او را به یک متخصص ارجاع دهید.
علائم ترک مصرف طولانی یا شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار از حالت‌های هوس سیگار و رفتارهای جستجوگرانه یا دیگر علائم ترک به صورت طولانی شکایت کند، درمان دارویی جدید یا اضافه کردن داروی دیگری به داروی قبلی، برای کاهش علائم مناسب خواهد بود.
افزایش وزن	<ul style="list-style-type: none"> • شروع یا افزایش فعالیت فیزیکی و ورزش را توصیه کنید. • به بیمار اطمینان دهید که گاهی اوقات افزایش وزن بعد از ترک عادی است و در اغلب مواقع خود به خود برطرف می‌شود. • به بیمار اطمینان دهید که یک افزایش وزن کوچک به مراتب از استعمال دخانیات بهتر است.

<ul style="list-style-type: none"> • بر اهمیت رژیم غذایی سالم و شیوه زندگی سالم تأکید کنید. • برای بیمار داروهایی که مشخصاً باعث تأخیر در افزایش وزن می‌شوند تجویز کنید (بوپروپیون، مشتقات نیکوتین به خصوص قرص جویدنی ۴ میلی‌گرمی و قرص زیرزبانی) • بیمار را به یک متخصص یا یک برنامه درمانی کاهش وزن ارجاع دهید. 	
<ul style="list-style-type: none"> • به بیمار توصیه کنید داروهای خود را همچنان ادامه دهد چون مصرف این داروها می‌تواند از تبدیل شدن لغزش به عود کامل جلوگیری کند. • یک برنامه درمان جدید و/یا یک ترک کامل را توصیه کنید. • به بیمار اطمینان دهید که این قبیل حوادث بعد از ترک شایع است و از آنها به عنوان تجربه آموزنده نام ببرید. • بیمار را به یک متخصص یا یک برنامه درمانی متمرکز ارجاع دهید. 	لغزش بعد از ترک

بخش چهارم :
مداخلات متمرکز بالینی مصرف و
وابستگی به دخانیات

مقدمه

تمامی پزشکانی که در زمینه اقدامات مداخله‌ای متمرکز جهت درمان مصرف و وابستگی به دخانیات آموزش دیده‌اند، می‌توانند این نوع مداخلات را انجام دهند. براساس شواهد موجود در فصل ۶ با افزایش تمرکز مداخلات، درمان مصرف و وابستگی به دخانیات مؤثرتر خواهد بود. شواهدی مبنی بر اینکه این اقدامات فقط برای گروهی از سیگاری‌ها (مثلاً سیگاری‌های قهار) مثمر ثمر است، وجود ندارد و در بسیاری از موارد این نوع مداخلات توسط پزشکان متخصص، یک یا چند نفر در زمینه درمان وابستگی به دخانیات، انجام می‌گیرد. بیمارانی که از مداخلات متمرکز درمان مصرف و وابستگی به دخانیات بهره مند شده‌اند نیز از رضایت بیشتر خود سخن گفته‌اند.

در بسیاری از موارد مداخلات متمرکز درمان مصرف و وابستگی به دخانیات توسط پزشکان بالینی انجام می‌شود که در این زمینه متخصص هستند. این متخصصین به‌علت ارتباط شغلی خود با موضوع درمان وابستگی به دخانیات، انتخاب نشده‌اند، بلکه آنان، درمان وابستگی به دخانیات را شغل اصلی خود می‌دانند. این افراد، مهارت‌ها، دانش‌ها و آموزش‌هایی را که برای اجرای اقدامات مداخله‌ای مؤثر، مورد نیاز است فرا گرفته‌اند و اغلب با مؤسساتی که این قبیل اقدامات را انجام می‌دهند، در ارتباط می‌باشند. در این مؤسسات کارکنان آموزش لازم جهت برگزاری جلسات مشاوره‌ای در زمینه درمان وابستگی به دخانیات را کسب کرده‌اند. گاهی اوقات، متخصصین علاوه بر ارائه مداخلات متمرکز به بیماران، رهبری تحقیقات در زمینه درمان وابستگی به دخانیات را به‌عهده دارند.

با توجه به آنچه در مطالب بالا اشاره شد، شواهد معتبری مبنی بر میزان موفقیت بیشتر مداخلات متمرکز در مقایسه با مداخلات مختصر وجود دارد. علاوه بر این، اقدامات مداخله‌ای متخصصین این رشته می‌تواند منبع مهمی برای یاری به بیمارانی که این خدمات را از پزشکان خصوصی خود دریافت کرده‌اند، باشد. راه‌اندازی خط تلفن ملی مشاوره ترک سیگار فرصت مناسبی جهت بهره‌گیری از این خدمات و مشاوره‌های تخصصی است. علاوه بر این پزشکان می‌توانند بیماران خود را به این خطوط تلفنی و مشاوره ارجاع دهند (از طریق سیستم ارجاع بیماران) تا از این خدمات سود ببرند.

با وجود سهم زیاد متخصصین در زمینه درمان وابستگی به دخانیات، نداشتن وقت کافی، کارآیی فعالیت‌های خدماتی آنها را محدود می‌کند. برای مثال، تنها تعداد کمی از افراد

سیگاری در برنامه‌های متمرکز ارائه شده توسط متخصصین شرکت می‌کنند. این موضوع نمایانگر آن است که می‌توان از متخصصین در فعالیتهای دیگری همچون موارد زیر، استفاده کرد:

- مرجعی برای گروه غیرمتخصص که برنامه‌های خدمات عمومی مراقبت‌های بهداشتی در زمینه درمان وابستگی به دخانیات را انجام می‌دهند. این امر می‌تواند شامل آموزش پزشکان بالینی، درمان بیماران با میزان وابستگی بالا و مشکلات جانبی و یا ارزیابی‌های تخصصی جمعیت‌های در معرض خطر باشد.
- پیشبرد، ارزیابی و اجرای راه‌کارهای مناسب به منظور افزایش تشخیص و ارجاع افراد سیگاری برای درمان.
- انجام تغییرات و یا بررسی امکان ایجاد تغییرات در برنامه‌های درمانی، به منظور تشخیص و درمان بیشتر مصرف‌کنندگان دخانیات.
- رهبری تحقیقات ارزشیابی، به منظور تعیین تعیین کارآیی فعالیتهای درمانی در مؤسسات درمانی مرتبط.
- اجرا و بررسی راه‌کارهای درمانی جدید به منظور افزایش کارآیی و کاربردی‌تر شدن اقدامات درمانی در زمینه مصرف و وابستگی به دخانیات.

استراتژی‌های مداخلات متمرکز برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات

در جدول ۴-۱ یافته‌های مرور مطالعات انجام شده و نظرات پانل (فصل ۶ و ۷ را ببینید) در مورد درمان‌های متمرکز مصرف و وابستگی به دخانیات آمده است. یافته‌های جدول ۴-۱ توصیه‌های مطرح شده در جدول ۴-۲ را تأکید می‌کنند.

جدول ۴-۱: یافته‌های مرتبط با مداخلات متمرکز

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • مداخلات متمرکز مفید هستند. ارتباط زیادی بین میزان مشاوره و موفقیت در ترک وجود دارد. به طور کلی هر چه شدت و تمرکز مداخلات درمانی بیشتر باشد، میزان ترک نیز بالاتر است. درمان‌ها را می‌توان از طریق دو عامل متمرکزتر کرد:
الف - مدت جلسات درمانی ب - تعداد جلسات درمانی • رده‌های مختلف (پزشکان، پرستاران، دندانپزشکان، روانشناسان، مشاورین ترک |
|---|

- سیگار و داروسازان) می‌توانند در افزایش میزان موفقیت در ترک مؤثر باشند و مشارکت رده‌های مختلف کادر پزشکی میزان پرهیز را افزایش می‌دهد.
- مشاوره فردی و گروهی و مشاوره تلفنی، شیوه‌هایی مؤثر برای توقف مصرف دخانیات می‌باشند.
 - داروهایی مانند زیبان، جایگزین‌های نیکوتین و وارنیکلین میزان موفقیت ترک را افزایش می‌دهند. بنابراین مصرف این داروها باید به تمام بیماران توصیه شود مگر اینکه موارد منع مصرف یا در گروه‌های خاصی منع مصرف داشته باشد (به عنوان مثال، خانم‌های باردار یا مصرف‌کنندگان غیرتدخینی محصولات دخانی، سیگاری‌های سبک و نوجوانان). در مواردی نیز درمان ترکیبی مفید می‌باشد.
 - درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در تمامی گروه‌ها صرف‌نظر از جنس، سن و نژاد مؤثر است.

جدول ۲-۴: اجزای مداخلات متمرکز ترک سیگار

ارزیابی برای اطمینان از اینکه آیا فرد تمایل به ترک با استفاده از روش مداخلات شدید را دارد یا خیر. دیگر ارزیابی‌ها نیز می‌توانند اطلاعات سودمندی را برای مشاوره فراهم آورند (میزان استرس، میزان وابستگی، فصل ۶ الف - ارزیابی تخصصی را ببینید)	ارزیابی
گروه‌های متعددی از پزشکان بالینی می‌توانند مفید واقع شوند و در برنامه‌ها باید به کار گرفته شوند. یک استراتژی مشاوره‌ای این است که درمانگر بهداشتی درمانی پیام‌هایی را در مورد خطرات مصرف دخانیات برای سلامت و همچنین منافع ترک به بیمار منتقل کند و برای او داروهای مناسب تجویز کند. درمانگران غیرپزشک نیز مداخلات رفتار درمانی دیگری انجام دهند.	پزشکان بالینی شرکت‌کننده در برنامه
شواهدی مبتنی بر افزایش کارایی برنامه در صورت افزایش تمرکز آن وجود دارد، پس باید: <ul style="list-style-type: none"> • طول جلسه: بیش از ۱۰ دقیقه باشد. • تعداد جلسات: ۴ یا بیشتر باشد. 	شدت برنامه
هم مشاوره فردی و هم مشاوره گروهی قابل استفاده است. مشاوره	چارچوب برنامه

<p>فعال تلفنی نیز مؤثر است. استفاده از مطالب خودآموز و سایت‌های مرتبط نیز مفید می‌باشد. جلسات پیگیری از مداخلات ارزیابی نیز باید انجام شوند. (فصل ۶ ب)</p>	
<p>مشاوره و رفتاردرمانی باید شامل مشاوره عملی (مهارت‌های حل مشکل و آموزش مهارت‌ها) و مداخلات حمایتی در محدوده درمان (جدول ۱۹-۶) و خارج از محدوده درمان به صورت حمایت اجتماعی (جدول ۲۰-۶) صورت باشد.</p>	<p>نوع مشاوره و رفتار درمانی</p>

<p>جز در موارد خاص باید همه سیگاری‌ها را به استفاده از داروهای معرفی شده در کتاب راهنما تشویق کرد، و باید قبل از شروع دارو در گروه‌های خاص (باردار، محصولات دخانی غیرتدخینی، نوجوان و سیگاری‌های سبک) باید ملاحظات ویژه‌ای را در نظر داشت (فصل ۲-۳ را برای راهنمای کلینیکی و جدول ۳-۳ تا ۳-۱۱ را برای دستورات و ملاحظات ویژه مورد توجه قرار دهید) پزشک باید توضیح دهد که چگونه این داروها شانس موفقیت را افزایش و علائم ترک را کاهش می‌دهند.</p>	<p>درمان دارویی</p>
<p>برنامه‌های مداخلات متمرکز برای تمامی گروه‌هایی که تمایل به شرکت در این برنامه‌ها را دارند، قابل استفاده است.</p>	<p>جمعیت هدف</p>

بخش پنجم :
مداخلات سازمانی در ارتباط با
مدیران، بیمه‌گران و مشتریان
خدمات بهداشتی

مقدمه

ادغام برنامه‌های کنترل دخانیات در خدمات بهداشتی و درمانی مستلزم مشارکت فعال پزشکان بالینی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی است. ادغام این خدمات می‌تواند فرصت مناسبی برای افزایش میزان ارائه خدمات ترک سیگار، اقدام به ترک و موارد ترک موفق باشد.

در مقایسه با برنامه‌هایی که فقط مختص پزشکان بالینی و افراد سیگاری است، در این رویکرد باید اطمینان حاصل گردد که سیستم موجود به طور خودکار افراد سیگاری را تشخیص و خدمات مقتضی را به آنها ارائه می‌دهد.

ملاحظات متعددی در مورد ارائه خدمات ترک سیگار از طریق سیستم‌های مراقبتی مدون وجود دارد. در حله اول باید در نظر بگیریم که ارائه این سیستم‌های مراقبتی مدون می‌تواند میزان ترک از دخانیات را در جمعیت عمومی افزایش دهد. Levy و همکاران به این نتیجه رسیدند که ارائه سیستم‌های مراقبتی مدون می‌تواند شیوع استعمال دخانیات را در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۳/۵ درصد کاهش دهد. از طرف دیگر با وجود شواهد کافی در مورد اثربخش بودن این سیستم‌های مراقبتی مدون، هنوز بسیاری از پزشکان از روش‌های مبتنی بر شواهد برای درمان بیماران خود سود می‌برند، در حالی که بسیاری از مطالعات بر مؤثر بودن این سیستم‌های مراقبتی مدون تأکید دارند. در نهایت این که، عوامل و سازمان‌هایی مانند بخش‌های بهداشتی، بیمه‌گران و مشتریان این خدمات می‌توانند سیستم‌های حمایتی، سیاست‌ها و بسترهای محیطی را به سمتی برنامه‌ریزی کنند که درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، به عنوان جزء ثابتی از مراقبت‌های بهداشتی درآید. به هر حال، تحقیقات نشان داده است که تغییرات سازمانی می‌تواند شیوع استعمال دخانیات را در کسانی که در برنامه‌های مدون مراقبت‌های بهداشتی شرکت می‌کنند، کاهش دهد.

تعداد روزافزونی از افراد، مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق سیستم‌های مراقبتی مدون دریافت می‌کنند؛ در نتیجه کسانی چون مدیران سیستم‌های بهداشتی، بیمه‌گران و خریداران خدمات بهداشتی، نقش زیادی در مراقبت‌های بهداشتی مردم دارند. به طور مثال سازمان‌های ارائه‌کننده این خدمات و دیگر بیمه‌گران، مراقبت‌های بهداشتی را از طریق اقدامات محدود کننده، ایجاد سیستم‌های پس‌خوراند برای پزشکان و راه‌حل‌های تجاری، تحت تأثیر قرار می‌دهند و بیماران را بر حسب گرایش‌ها و تمایلاتشان به سمت سرویس‌های

خاص درمانی هدایت می‌کنند و از همین طریق می‌توانند در زمینه اقدامات تشخیصی و درمانی برای مصرف‌کنندگان دخانیات، نقش حمایتی و تشویقی ایفا کنند. این عوامل و سازمان‌ها می‌توانند سیستم‌های حمایتی، سیاست‌ها و بسترهای محیطی را در جهت برنامه‌ریزی کنند که درمان مصرف دخانیات، به عنوان جزء لاینفکی از مراقبت‌های بهداشتی درآید. به هر حال، تحقیقات نشان داده است که تغییرات سازمانی می‌تواند شیوع استعمال دخانیات را در کسانی که در برنامه‌های مدون مراقبت‌های بهداشتی شرکت می‌کنند، کاهش دهد.

در مجموع پزشکان بالینی، بدون وجود سیستم‌های حمایتی، سیاست‌ها و بسترهای محیطی مناسب، نمی‌توانند به تنهایی در زمینه کنترل و درمان مصرف دخانیات، به توفیق کامل دست یابند؛ بنابراین همچنان که پزشکان بالینی باید پاسخگوی درمان بیماران خود در زمینه مصرف دخانیات باشند، مدیران، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی نیز باید در جهت ایجاد سیاست‌ها، فراهم آوردن منابع و هماهنگی‌های لازم به منظور درمان مصرف دخانیات به شیوه‌ای مؤثر و مستمر، مسئول و پاسخگو باشند.

به صرفه بودن مداخلات در زمینه توقف استعمال دخانیات

درمان‌هایی که برای توقف مصرف و وابستگی به دخانیات صورت می‌گیرد نه تنها از نظر بالینی مؤثر است بلکه از نظر اقتصادی نیز قابل توجیه است. اطلاعات در مورد صرفه اقتصادی اقدامات درمانی در زمینه توقف مصرف دخانیات نشان داده است که این نوع مداخلات از مشاوره‌های مختصر تا ویزیت‌های متخصصین این حوزه، در مقایسه با دیگر مداخلات روتین پزشکی مثل درمان فشارخون، افزایش کلسترول خون و سایر فعالیت‌های پیشگیرانه (همانند ماموگرافی دوره‌ای) نتایج بسیار مطلوبی را به همراه داشته است. در حقیقت درمان توقف مصرف و وابستگی به دخانیات به عنوان استاندارد طلایی اقدامات مداخله‌ای پیشگیرانه تلقی شده است. بسیار ضروری است که سه سازمان مورد خطاب کتاب راهنما در مورد به صرفه بودن اقدامات درمانی در زمینه وابستگی به دخانیات، توجیه گردند. در مورد درمان توقف استعمال دخانیات باید گفت: حتی اگر بکارگیری یکی از روش‌های درمان وابستگی به دخانیات، باعث پرهیز مستمر در گروه اندکی از سیگاری‌ها شود، این روش بسیار مقرون به صرفه در نظر گرفته خواهد شد. (این مورد در فصل ۶ توضیح داده شده است)

توصیه‌هایی برای مدیران، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی

مدیران سیستم مراقبت‌های بهداشتی، بیمه‌گران و مشتریان خدمات بهداشتی می‌توانند از طریق اجرای برنامه‌های مدونی، فعالیت‌های خود در زمینه درمان وابستگی به دخانیات را ارتقاء دهند. مشتریان خدمات بهداشتی (صاحبان حرف مختلف، شرکت‌ها و دیگر گروه‌هایی که امتیاز مراقبت‌های بهداشتی را برای گروه خاصی خریداری می‌کنند) باید بیمه‌گران و سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی را وادار کنند، کنترل و درمان مصرف و وابستگی به دخانیات را به عنوان یکی از خدمات سیستم مراقبت‌های بهداشتی درآورند. علاوه بر این، برای ارتقاء سلامت کارکنان و مشترکین خود، اجباری کردن درمان وابستگی به مصرف دخانیات، منجر به کاهش غیبت و کاهش استفاده از دیگر خدمات بهداشتی خواهد شد. مدیران خدمات بهداشتی باید پزشکان بالینی و پزشکیارانی را در اختیار داشته باشند، تا از اجرای تغییرات سازمانی در جهت درمان وابستگی به دخانیات، اطمینان حاصل کنند.

سیاست‌های سازمانی متعددی، می‌تواند این نوع مداخلات را تسهیل کند که شامل:

- ۱- اجرای طرح تشخیص مصرف‌کنندگان دخانیات در تمام کلینیک‌ها (استراتژی سازمانی ۱)
- ۲- فراهم آوردن امکانات آموزش، منابع و پس‌خوراند برای پزشکان بالینی جهت ایجاد انگیزه برای ارائه مداخله‌ها (استراتژی سازمانی ۲)
- ۳- اختصاص گروهی از کارکنان جهت ارائه اقدامات درمانی در زمینه وابستگی به دخانیات و در نظر گرفتن عملکرد این کارکنان، در مبنای ارزشیابی آنها (استراتژی سازمانی ۳)
- ۴- ایجاد سیاست‌های بیمارستانی در جهت ارائه سرویس‌های خدماتی در زمینه درمان وابستگی به دخانیات و حمایت از این نوع اقدامات (استراتژی سازمانی ۴)
- ۵- ارائه خدمات در زمینه درمان وابستگی به دخانیات (شامل مشاوره و درمان دارویی) برای کلیه مشترکین بیمه درمانی (چه سرویس‌های تحت پوشش و چه بیمه‌های خویش فرما) (استراتژی سازمانی ۵)

۶- هزینه پزشکان و متخصصان در ارتباط با ارائه درمان‌های مؤثر وابستگی به دخانیات جبران شده و این مداخلات در حیطه وظایف پزشکان گنجانده شود. (استراتژی سازمانی ۶)

این استراتژی‌ها بر مبنای شواهدی که در فصل‌های ۶ بیان گردیده و در پانل نیز شرح داده شده بدست آمده است.

استراتژی جهت مراکز بهداشتی، مدیران، سازمان‌های بیمه و مشتریان خدمات بهداشتی

استراتژی سازمانی ۱: سیستم شناسایی افراد وابسته به دخانیات در کلینیک‌ها

در برگه علائم حیاتی وضعیت مصرف دخانیات گنجانده شود یا یک سیستم جایگزین همگانی به اجرا درآید.	تغییر برنامه دفتری	اجرای یک سیستم اداری برای اطمینان از اینکه هر بیمار در هر مراجعه به کلینیک، در
پرستار، پزشک، پذیرش و دیگر افرادی که مسئول ثبت علائم حیاتی هستند. باید به این کارکنان تأکید گردد که اینگونه فعالیت‌ها را مهم تلقی کنند و خود الگوی یک فرد غیرسیگاری باشند.	کارکنان مسئول	
تمامی بیماران صرف‌نظر از علت مراجعه در تمامی دفعات مورد سؤال قرار گیرند.	تعداد دفعات	

<p>برگه‌های پیگیری یا سابقه‌های کامپیوتری تهیه شود که علاوه بر علائم حیاتی، وضعیت مصرف دخانیات را نیز مشخص کنند. کارت علائم حیاتی نیز قابل استفاده است. به جای این کارت می‌توان از برچسب‌هایی که وضعیت مصرف دخانیات در فرد را مشخص می‌کند، بر روی پرونده کلیه بیماران استفاده کرد و یا از سیستم یادآوری کامپیوتری کمک گرفت.</p>	<p>مراحل اجرای برنامه</p>	<p>مورد وضعیت استعمال دخانیات مورد سؤال قرار می‌گیرد و اطلاعات ثبت می‌شود.</p>
<p>فشارخون:..... نبض:..... وزن:..... درجه حرارت:..... تعداد تنفس:..... مصرف دخانیات: (فقط یک مورد را مشخص کنید) جدید قبلی هرگز</p>	<p>برگه علائم حیاتی</p>	

استراتژی سازمانی ۲: فراهم نمودن آموزش، منابع و پس‌خوراند برای ارائه‌دهندگان این خدمات برای افزایش انگیزه و بازدهی آنها.

استراتژی‌های اجرایی	عملیات
<p>آموزش تمام کادر درمانی: در زمینه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات به صورت منظم، سخنرانی، سمینار و برنامه‌های بازآموزی برگزار شود. فراهم کردن ملزومات: ملزومات مورد نیاز از جمله دسترسی به خط مشاوره تلفنی ترک سیگار، سایر خدمات از راه دور، بسته‌های خودآموز، کیت‌های اولیه آموزش داروهای مورد استفاده در هر اتاق معاینه برای بیماران فراهم باشد، تا در صورت نیاز بدون کمک پزشک بتوانند از آن استفاده کنند.</p>	<p>سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی باید به مردم اطمینان دهند که پزشکان بالینی آموزش کافی در زمینه درمان وابستگی به دخانیات را دریافت کرده‌اند؛ پزشکان بالینی و بیماران برای توقف مصرف</p>

دخانیات ملزومات مورد نظر را دارند و پزشکان پس خوراند فعالیت خود را در زمینه درمان مصرف دخانیات دریافت می کنند.	گزارش: مواردی از قبیل اعلام وضعیت درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در کارت های گزارش برای سازمان های بیمه گر درج گردد. فراهم آوردن پس خوراند: میزان تشخیص و درمان (بیمارانی که از دخانیات استفاده می کنند) توسط پزشک، از میان پرونده های موجود بررسی شود و میزان کارآیی آنان در اختیارشان قرار گیرد.
--	---

استراتژی سازمانی ۳: در نظر گرفتن افرادی برای ارائه اقدامات درمانی در زمینه وابستگی به دخانیات و محاسبه بازده کاری این کارکنان در ارزیابی شغلی آنها

عملیات	استراتژی های اجرایی
مراکز پزشکی باید اهمیت اقدامات مداخله ای در زمینه درمان مصرف دخانیات را برای تمامی کارکنان متذکر شوند و شخص مشخصی (پرستار، پزشک یا دیگر پرسنل درمانی) را برای هماهنگی مداخلات در نظر گیرند. افراد غیرپزشک می توانند به صورتی مؤثر و در عین حال با هزینه کمتر، اقدامات مداخله ای در زمینه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات را برای بیماران انجام دهند.	برای هر مرکز درمانی یک هماهنگ کننده در زمینه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در نظر بگیرید. مسئولیت های هماهنگ کننده را مشخص کنید که این شامل، دستوراتی به بیماران برای استفاده صحیح و مؤثر از انواع روش های درمانی (دارو درمانی، داشتن تماس تلفنی با فرد تازه ترک کرده به خصوص در اوایل ترک) است. به تمامی افراد (پرستار، پزشک، پزشکیار، داروساز...) مسئولیت های مربوطه در مورد نحوه انتقال خدمات درمانی به بیماران را ابلاغ کنید. در حین آموزش کارکنان جدید یا موقت مسئولیت های جدیدشان (در زمینه درمان وابستگی به دخانیات) را نیز به آنها گوشزد کنید.

استراتژی سازمانی ۴: ارتقاء سیاست های بیمارستانی در جهت ارائه خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در بیماران بستری.

عملیات	استراتژی های اجرایی
	برنامه ای جهت تشخیص و ثبت وضعیت مصرف دخانیات برای

<p>تمامی بیماران بستری به اجرا درآوردید.</p> <p>برای هر بیمارستان از میان پرسنل درمانی، شخصی را برای انجام خدمات مشاوره‌ای در زمینه درمان وابستگی به دخانیات تعیین کنید.</p> <p>این خدمات درمانی را به تمامی بیماران بستری که دخانیات مصرف می‌کنند، پیشنهاد کنید.</p> <p>به داروهای موجود در بیمارستان، داروهای درمان وابستگی به دخانیات که مورد تأیید FDA هستند را اضافه کنید.</p> <p>اطمینان یابید که مقررات مربوط به JCAHO در مورد عاری بودن تمامی بخش‌های بیمارستان از دود سیگار، رعایت می‌شود.</p> <p>به کارکنان بیمارستانی آموزش لازم در مورد مؤثر و قابل استفاده بودن داروهای خط اول درمان برای کاهش علائم بعد از ترک را بدهید، این کار حتی اگر بیمار در حال حاضر نیز قصد ترک نداشته باشد، مفید است.</p>	<p>برای تمام بیماران بستری خدمات درمانی وابستگی به دخانیات را فراهم آورید</p>
---	---

استراتژی سازمانی ۵: درمان‌های وابستگی به دخانیات (مشاوره و درمان دارویی) که در این کتاب راهنما مؤثر شناخته شده است برای تمامی اعضای مشترکین بیمه سلامتی (چه به صورت خویش فرما و چه تحت پوشش) تحت پوشش قرار دهید.

استراتژی‌های اجرایی	عملیات
<p>پوشش بیمه: درمان‌های مؤثر برای وابستگی به دخانیات (هم مشاوره‌ای هم دارودرمانی) را تحت پوشش تمامی سرویس‌های بیمه سلامتی درآوردید. در این راه باید تمامی موانع موجود را از راه برداشت.</p> <p>آموزش: به بیمه‌شدگان اطلاع دهید که درمان‌های وابستگی به دخانیات برای آنها مهیا می‌باشد و بیماران را به استفاده از این خدمات تشویق کنید.</p>	<p>برای تمامی افراد بیمه شده، تحت پوشش هر نوع بیمه‌ای، امکان دریافت درمان کامل از جمله مشاوره و دارو درمانی را فراهم کنید.</p>

بخش ششم :
شواهد و توصیه‌ها

مقدمه

توصیه‌های مختصر که در فصل‌های ۲، ۳، ۴ و ۵ بیان گردید، نتیجه مرور و بررسی نوشته‌ها و مقالات موجود در زمینه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات می‌باشند. فصل حاضر نتایج بررسی‌های صورت گرفته در این کتاب راهنما می‌باشد، و درمان‌ها، ارزیابی‌ها (معاینات) و راه‌کارهای اجرایی مختلف را براساس میزان تأثیر و کارآیی آنها بیان خواهد کرد.

پانل (گروه محقق) در انتخاب شاخص‌های جدید خود در این کتاب موارد متعددی را در نظر گرفته است. این موارد شامل: اهمیت داشتن، اشاره شدن مکرر در مرور مقالات و پرداخته نشدن به آنها در سال ۲۰۰۴ بود. پانل (گروه محقق) ارتباط میان ۱۱ شاخص اصلی درمانی یا استراتژی (جدول ۱-۱) به کار رفته و میزان بازدهی آنها را مورد بررسی قرار داده است. این ۱۱ شاخص و زیر گروه‌های آنها در جدول ۱-۶ نشان داده شده‌اند. نوع پیامد در نظر گرفته شده براساس هر شاخص مورد بررسی متفاوت است. در اکثر بررسی‌ها، پرهیز طولانی مدت (بیش از شش ماه) به عنوان معیار در نظر گرفته شده است، در مابقی بررسی‌ها نیز تعداد سیگاری‌های تشخیص داده شده یا میزان مداخلات ارائه شده به عنوان معیاری جهت پیامد، مدنظر قرار گرفته است. علاوه بر این در جدول ۲-۶ شاخص‌هایی که در سال‌های ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ مورد بررسی بودند آورده شده است. در این راستا و در جهت بررسی هر چه بیشتر این شاخص‌ها مرور مقالات توسط پانل انجام شد که نتیجه آن در ضمیمه «د» که در مورد تفاوت‌های سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۸ این کتاب توضیح داده شده، آورده شده است.

بررسی‌های این بخش اغلب مربوط به درمان افراد سیگاری است و از بررسی جداگانه در مورد معدودی از مطالعات که دیگر محصولات دخانی را مورد مطالعه قرار داده خودداری شده است. در نهایت تلاش اعضا پانل بر این بوده است که استراتژی‌های موجود در زمینه ارزیابی و درمان را که دیدگاهی روشن و متمایز داشته باشند، مورد بررسی قرار دهد.

پانل زیر گروه‌های هر شاخص را براساس ۳ معیار اصلی، انتخاب کرده است؛ اولین معیار گروه‌بندی بعضی گروه‌ها براساس معیارهای مورد قبول موجود است، یک نمونه از آنها گروه‌بندی براساس نوع پزشک بالینی می‌باشد (پزشک، روانشناس و پرستار و غیره)، دومین معیار این که اطلاعات مربوط به هر گروه باید در مقالات منتشر شده موجود باشد و به این ترتیب بسیاری از سؤالات، به علت فقدان اطلاعات مورد نیاز، به راحتی کنار گذاشته می‌شوند. در نهایت، برای اینکه تحلیل از نظر آماری معنی‌دار باشد، باید این بحث به میزان

کافی اتفاق افتاده باشد، برای مثال حدود بعضی متغیرهای پیوسته (مثل کل مدت تماس) به خاطر کافی بودن تعداد مطالعات برای معنی دار شدن تحلیل، تعیین شده است. در شرایط ایده‌آل پانل قابلیت آن را دارد که شاخص‌های مربوط به هر گروه را در مقایسه با مطالعات کنترل شده تصادفی مورد ارزیابی قرار دهد. متأسفانه به جز در مورد مباحث دارودرمانی، در مورد بقیه مباحث مطالعات کنترل شده تصادفی که اختصاصی باشد، وجود نداشته و یا در حد کفایت نبوده است. به علاوه، مطالعات مربوط به شاخص‌های درمانی همیشه همسو نیستند. به طور مثال مقایسه پزشکان بالینی رده‌های مختلف به نوع مشاوره و رفتاردرمانی (از نظر شکل و تمرکز مداخلات) که این پزشکان بالینی انجام می‌دهند، ارتباط تنگاتنگ دارد.

به هر حال، بخاطر اهمیت بالینی این شاخص‌ها و با این که کنترل آماری بعضی فاکتورهای مغشوش‌کننده و انتخاب دقیق مطالعات، می‌توانست میزان خطا را پائین آورد، تحلیل در مورد این شاخص‌ها صورت پذیرفت. موضوعات دیگری وجود داشتند که از نظر بالینی مهم و مرتبط با موضوع بودند، ولی به علت نبود مطالعات منتشر شده از نظر پرهیز طولانی مدت، به صورت آماری قابل بررسی نبودند. به هر صورت این موارد با مرور و بررسی مقالات موجود در پانل مورد توجه قرار گرفتند.

جدول ۱-۶: شاخص‌های ارزیابی شده در راهنما سال ۲۰۰۸

شاخص‌های معیار مورد نظر	معیار مورد نظر
<ul style="list-style-type: none"> - بدون مداخلات خط تلفنی ترک - مداخلات خط تلفنی ترک فعال - مداخلات خط تلفنی ترک فعال همراه درمان دارویی - تعداد جلسات مداخلات خط تلفنی ترک 	خط تلفنی ترک
<ul style="list-style-type: none"> - درمان دارویی به تنهایی - مشاوره به تنهایی - درمان دارویی همراه با مشاوره 	درمان دارویی و مشاوره
<ul style="list-style-type: none"> - دارونما - بوپروپیون آهسته رهش 	درمان دارویی

<ul style="list-style-type: none"> - کلونیدین - آدامس نیکوتین - نیکوتین استنشاقی - اسپری بینی نیکوتین - برچسب پوستی نیکوتین - نورتریپتیلین - وارنیکلین - درمان طولانی مدت - تک دارویی - برچسب پوستی نیکوتین با دوز بالا 	
<ul style="list-style-type: none"> - بدون پوشش بیمه برای خدمات ترک سیگار - با پوشش بیمه برای خدمات ترک سیگار 	<p>دسترسی به خدمات ترک سیگار از طریق سازمان‌های بیمه</p>
<ul style="list-style-type: none"> - عدم ارائه مداخلات ترک - آموزش پزشکان بالینی - آموزش پزشکان بالینی و دوره‌های بازآموزی 	<p>خصوصیات خدمات ترک</p>
<p>نوجوانان سیگاری، خانم‌های باردار سیگاری، سیگاری‌ها با مشکل روانی شامل سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و فقدان تحصیلات (بخش ۷ را ببینید).</p>	<p>جمعیت‌های خاص</p>

جدول ۲-۶: شاخص‌های ارزیابی شده در راهنما سال ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ که در سال ۲۰۰۸ هم هستند ولی ارزیابی مجدد نشده‌اند

معیار مورد نظر	شاخص‌های معیار مورد نظر
غربالگری مصرف دخانیات	- غربالگری در محل وجود ندارد - غربالگری در محل وجود دارد
مشاوره ترک	- فقدان مشاوره ترک سیگار - مشاوره پزشک بالینی
تمرکز و شدت تماس چهره به چهره در کلینیک	- عدم وجود مداخلات شخصی - مشاوره مختصر (حداکثر ۳ دقیقه) - مشاوره با تمرکز متوسط (جلسات بین ۳ تا ۱۰ دقیقه) - مشاوره با تمرکز بالا (جلسات بیش از ۱۰ دقیقه) - میزان کلی مدت‌زمان مداخلات - تعداد جلسات مشاوره فردی
نوع درمانگر	- بدون درمانگر - فقط مطالب خودآموز - درمانگر غیرپزشک (مثل روانشناس، مشاور، پرستار، دندانپزشک، دانشجوی تازه فارغ‌التحصیل، داروساز، متخصص مشاوره و ترک سیگار) - پزشک - چند درمانگر مختلف
قالب‌های مداخلات روانی اجتماعی	- بدون تماس - خودآموز (مانند: بروشور، نوار صوتی، نوار ویدیویی، اطلاعات پستی، برنامه کامپیوتری) - تماس و مشاوره فردی - تماس و مشاوره گروهی - مشاوره فعال تلفنی - چند نوع مداخله با هم
انواع مشاوره و گروه درمانی	- بدون مداخله - بدون مداخلات چهره به چهره یا مداخله مختصر

<ul style="list-style-type: none"> - عمومی: حل مشکل/ آموزش مهارت‌ها/ پیشگیری از عود/ شیوه کنترل استرس - مداخله براساس خلق منفی/ افسردگی - مداخله در زمینه وزن/ رژیم غذایی/ تغذیه - مداخلات حمایت اجتماعی خارج از محدوده درمانی - مداخلات حمایت اجتماعی در محدوده درمانی - درمان‌های شرطی - سیگار کشیدن سریع - سایر روش‌های اجتنابی از استعمال دخانیات - محدود کردن سیگار/ کاهش تعداد سیگار قبل از ترک - طب سوزنی 	
<ul style="list-style-type: none"> - دارونمای برچسب پوستی نیکوتین - برچسب پوستی نیکوتین 	دارونما

موضوعات دیگری نیز وجود داشتند که از نظر بالینی مهم و مرتبط با موضوع بودند، ولی به علت عدم وجود مطالعات منتشر شده از نظر پرهیز طولانی مدت، به صورت آماری قابل بررسی نبودند. به هر صورت این موارد با مرور و بررسی مقالات موجود در پانل مورد توجه قرار گرفتند.

جدول ۳-۶: خلاصه میزان اعتبار شواهد

معیار	طبقه‌بندی میزان اعتبار شواهد
مطالعات تصادفی و سازمان یافته که مستقیماً با توصیه‌ها در ارتباط هستند، نشان می‌دهند که یافته‌ها دارای الگوی مستحکم می‌باشند.	اعتبار شاهد= الف
بعضی از مطالعات بالینی تصادفی، از این توصیه حمایت می‌کنند ولی پشتوانه علمی در حد مطلوب نیست مثلاً مطالعات تصادفی به تعداد کافی وجود ندارد، مطالعات استحکام کافی ندارند و یا در ارتباط مستقیم با توصیه نمی‌باشند.	اعتبار شاهد= ب

اعتبار شاهد= ج

موقعیت‌های کلینیکی مهم که مورد نظر پانل است ولی مطالعات کنترل شده تصادفی در مورد آن وجود ندارد.

الف. شواهد مربوط به مشاوره و خصوصیات روانی اجتماعی

۱. بیماریابی و ارزیابی

بیماریابی برای مصرف دخانیات

هر فردی که به مرکز مراقبت‌های بهداشتی مراجعه می‌کند باید از نظر وضعیت مصرف دخانیات، ارزیابی شود باید از بیمار پرسید آیا در حال حاضر تمایل به ترک دارد یا خیر. شواهد نشان می‌دهند، این نوع بیماریابی و افزودن وضعیت استعمال دخانیات به جدول علایم حیاتی بیماران میزان مداخله پزشکان بالینی را افزایش می‌دهد. (اعتبار شاهد= الف) پانل بر نتایج حاصل از مرور مطالعات انجام شده در این مورد در سال ۱۹۹۶ اطمینان کامل دارد. این نوع ارزیابی هم بر میزان مداخلات پزشکان بالینی و هم بر میزان ترک بیماران مؤثر بوده است.

تشخیص مصرف‌کنندگان دخانیات: تاثیر بر مداخلات بالینی. جدول ۴-۶ نتیجه نه مطالعه در مورد تاثیر روش غربالگری بر میزان مداخلات ترک سیگار توسط پزشک بالینی را نشان می‌دهد. اجرای سیستم‌های بالینی که در جهت افزایش میزان ارزیابی و ثبت وضعیت مصرف دخانیات طراحی شده‌اند، میزان مداخله پزشکان بالینی را در مورد بیماران سیگاری به صورت محسوسی افزایش می‌دهد.

جدول ۴-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۱۹۹۶): تاثیر وجود سیستم غربالگری برای شناسایی مصرف‌کنندگان دخانیات بر میزان مداخلات پزشکان بالینی در مورد بیماران سیگاری (تعداد=۹ مطالعه)

سیستم غربالگری	تعداد مطالعات (CI %۹۵)	نسبت تفوق تخمین (CI %۹۵)	میزان تخمینی مداخلات
سیستم غربالگری برای شناسایی افراد سیگاری وجود دارد.	۹	۱	۳۸/۵
سیستم غربالگری برای شناسایی	۹	۳/۱	۶۵/۶

افراد سیگاری وجود ندارد.	(۲/۲-۴/۲)	(۵۸/۳-۷۲/۶)
--------------------------	-----------	-------------

تشخیص مصرف‌کنندگان دخانیات: تأثیر بر میزان ترک. سه مطالعه در طی مرور مقالات در سال ۱۹۹۶ در مورد میزان ترک محصولات دخانی انجام شد. نتایج این مطالعات در جدول ۵-۶ نشان داده شده است. نتایج این جدول با در نظر گرفتن نتایج جدول ۴-۶ نشان می‌دهد که وجود سیستم بیماریابی در افزایش میزان مداخله پزشکان بالینی مؤثر بوده ولی تأثیری بر میزان ترک بیماران ندارد.

جدول ۵-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۱۹۹۶): تأثیر وجود سیستم شناسایی افراد سیگاری بر میزان پرهیز در بیماران سیگاری (تعداد=۳ مطالعه)

سیستم غربالگری	تعداد مطالعه	نسبت شانس* (CI %۹۵) تخمینی	میزان پرهیز تخمینی (CI %۹۵)
سیستم غربالگری وجود دارد.	۳	۱	۳/۱
سیستم غربالگری وجود ندارد.	۳	۳ (۰/۸-۴/۸)	۶/۴ (۱/۳-۱۱/۶)

* نسبت شانس = odd ratio

ارزیابی تخصصی

توصیه: زمانی که فرد سیگاری شناسایی شد و توصیه به ترک صورت گرفت، پزشک بالینی باید میزان تمایل بیمار به ترک را در همان زمان ارزیابی کند (اعتبار شاهد=ج) اگر بیمار در همان موقع قصد ترک دارد، مداخلات مؤثر (براساس کتاب راهنما) بایستی آغاز گردد (فصل ۳- الف و ۴).
اگر بیمار نمی‌خواهد ترک کند، باید مداخله برانگیزاننده تمایل به ترک را انجام داد (فصل ۳ ب)

توصیه: درمان وابستگی به دخانیات مؤثر است و باید انجام گیرد، حتی اگر ارزیابی‌های ویژه وجود نداشته باشد (اعتبار شاهد= الف)

هر فردی که به مرکز مراقبت‌های بهداشتی مراجعه می‌کند باید از نظر وضعیت مصرف دخانیات و تمایل به ترک، ارزیابی شود باید از بیمار پرسید آیا در حال حاضر تمایل به ترک دارد؟ این نوع ارزیابی (خواستن یا نخواستن) اولیه مرحله ضروری درمان است. علاوه بر این تمامی بیماران باید از نظر شرایط فیزیکی یا پزشکی که ممکن است در انتخاب نوع درمان (مثلاً درمان دارویی) برای آنها مؤثر باشد، مورد ارزیابی قرار گیرند.

پزشک بالینی باید موارد جانبی دیگری همچون عوامل فردی و محیطی را نیز مورد ارزیابی اختصاصی قرار دهد، تا بتواند برای ادامه درمان اطلاعات لازم را کسب و میزان موفقیت را پیش‌بینی کند. منظور از ارزیابی‌های ویژه بکارگیری روش‌های متداول (مثل پرسشنامه، مصاحبه‌های بالینی، تعیین شاخص‌های فیزیولوژیک مثل مونوکسیدکربن- میزان نیکوتین به کوتینین سرم و یا عملکرد ریوی) می‌باشند که بعضی از آنها در طی روند ترک مواد دخانی نیز مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت. بعضی از متغیرهای مورد طرح در ارزیابی‌های ویژه که می‌توانند میزان موفقیت ترک را پیش‌بینی کنند در جدول ۶-۶ فهرست شده‌اند.

در مورد ارزیابی‌های تخصصی باید چند نکته را مدنظر قرار داد، اول اینکه: به نظر نمی‌رسد وضعیت فرد سیگاری براساس ارزیابی‌های تخصصی، تأثیری در انتخاب درمان برای او داشته باشد. یک استثناء در مورد افرادی است که وابستگی شدید به نیکوتین دارند. این افراد ممکن است از آدامس‌های ۴ میلی‌گرمی بیش از آدامس‌های ۲ میلی‌گرمی سود ببرند. (بخش ب از فصل ۶) نکته مهم‌تر این که، پانل به این نتیجه رسیده است که براساس ارزیابی‌های تخصصی، سیگاری‌ها در هر شرایطی می‌توانند از مداخلات ترک مصرف سود ببرند بنابراین انجام درمان نباید تنها منوط به ارزیابی‌های تخصصی باشد. نکته آخر این که مداخلاتی که براساس ارزیابی‌های تخصصی طراحی شده‌اند (براساس مراحل تغییر) لزوماً نسبت به مداخلات فاقد این الگو ولی با همان تمرکز میزان‌های ترک طولانی‌تری را در پی نداشته‌اند. هرچند مطالعاتی مبنی بر مفید بودن بکارگیری مطالب خودآموز براساس الگوهای فردی وجود دارد با این حال برای مقایسه میان مداخلات متناسب با فرد و مداخلات عمومی با تمرکز یکسان نیاز به مطالعات بیشتری وجود دارد. علاوه بر این انجام دادن برخی مداخلات مانند آموزش حل مشکل می‌تواند میزان ترک را افزایش دهد.

جدول ۶-۶: متغیرهایی که میزان پرهیز را افزایش یا کاهش می‌دهند

متغیرهای همراه با میزان پرهیز بیشتر	
متغیر	مثال
انگیزه بالا آمادگی برای تغییر کارآیی شخصی متوسط به بالا شبکه حمایتی اجتماعی	مصرف‌کننده دخانیات می‌گوید که انگیزه بالایی برای ترک دارد. مصرف‌کننده دخانیات آماده است که در طی ۱ ماه ترک کند. مصرف‌کننده دخانیات به توانایی خود در ترک اطمینان دارد. خانه و محل کار بدون دود: وجود دوستانی که در حضور فرد ترک کرده سیگار نمی‌کشند.
متغیرهای همراه با میزان پرهیز کمتر	
متغیر	مثال
میزان وابستگی بالا به نیکوتین	مصرف‌کننده دخانیات علائم شدید ترک بعد از تلاش‌های قبلی برای ترک داشته است، زیاد سیگار می‌کشد (بیش از ۲۰ نخ) و یا اولین سیگار خود را طی ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن می‌کشد.
تاریخچه بیماری زمینه‌ای روانی یا وابستگی به مواد مخدر	مصرف‌کننده دخانیات تاریخچه افسردگی، اسکیزوفرنی، مصرف الکل و یا دیگر وابستگی‌های دارویی دارد.
میزان بالای استرس زندگی با افراد سیگاری	شرایط پر استرس زندگی و یا تغییرات اساسی در زندگی در مدت اخیر (مثل طلاق، تغییر شغل و ازدواج) وجود سایر افراد سیگاری در محیط زندگی

زمینه‌های تحقیق در آینده

موارد زیر در مورد ارزیابی‌های تخصصی به تحقیقات بیشتری نیاز دارد:

- آیا تغییر درمان براساس ارزیابی‌های تخصصی می‌تواند میزان پرهیز طولانی‌مدت را افزایش دهد؟
- آیا تغییر شبکه اجتماعی می‌تواند میزان پرهیز را افزایش دهد؟ (مثلاً ایجاد محیط زندگی عاری از دخانیات یا آموزش حمایت‌های حین ترک برای اطرافیان بیمار)

۲. ساختار و تمرکز درمان

توصیه به ترک سیگار

توصیه: تمامی پزشکان بایستی به طور قاطع بیماران سیگاری را ترغیب به ترک کنند، زیرا شواهد نشان می‌دهد که توصیه پزشک به ترک سیگار میزان پرهیز را افزایش می‌دهد (اعتبار شاهد= الف)

برای این توصیه پانل به مطالعات مطرح شده در کتاب راهنمای سال ۱۹۹۶ اعتماد کامل دارد. در مطالعه متآنالیز تأثیر توصیه به ترک، هفت مطالعه مورد نظر قرار گرفت. در مطالعات مورد استفاده در این تحلیل، مدت زمان مداخله مفید پزشک بالینی ۳ دقیقه یا کمتر بود. در دو مطالعه این مدت ۵ دقیقه بود. نتایج مطالعه متآنالیز در مورد توصیه پزشک در جدول ۶-۷ نشان داده شده است. این تحلیل آماری نشان می‌دهد که توصیه مختصر پزشک، میزان پرهیز طولانی مدت را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. نظر به اینکه مطالعات اندکی در مورد اثربخشی توصیه سایر پزشکان بالینی وجود دارد، در مطالعه متآنالیز جدول ۶-۷ تنها توصیه پزشکان مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل آماری از نظر کل مدت تماس (جدول ۹-۶) نشان می‌دهد که حداقل مشاوره (توصیه) که به وسیله رده‌های مختلف کاردرمانی انجام می‌شود، میزان‌های پرهیز طولانی مدت را افزایش می‌دهد. در ضمن مطالعات نشان داده است که در گروه‌هایی که محصولات بدون دود دخانیات را مصرف می‌کنند، توصیه دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان می‌تواند مفید و مؤثر واقع شود. (فصل ۷) با توجه به تعداد زیاد افراد سیگاری که سالانه توسط گروه‌های مختلف پزشکان بالینی ویزیت می‌شوند، نقش مهم این قبیل توصیه‌ها به ترک سیگار در سلامت جامعه مشخص خواهد شد.

جدول ۶-۷: مطالعه متآنالیز (سال ۱۹۹۶): میزان اختصاصی پرهیز و میزان تأثیر آن در

نتیجه توصیه پزشک به ترک

توصیه	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی (CI %۹۵)	میزان پرهیز تخمینی (CI %۹۵)
توصیه به ترک انجام نشده (گروه مقایسه)	۹	۱/۰	۷/۹

۱۰/۲ (۸/۵ - ۱۲/۰)	۱/۳ (۱/۱ - ۱/۶)	۱۰	توصیه پزشک به ترک صورت گرفت
----------------------	--------------------	----	--------------------------------

نسبت شانس تخمینی = Estimated odds ratio

میزان پرهیز تخمینی = Estimated abstinence ratio

زمینه‌های تحقیق در آینده

موارد زیر در زمینه توصیه به ترک نیاز به تحقیقات بیشتری دارد:

- اثربخشی توصیه به ترک دخانیات توسط گروه‌های غیرپزشک مثل پرستاران، روانشناسان، داروسازان، دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان.
- مجموع تاثیر توصیه پزشکان و غیرپزشکان در صورت همزمانی

تمرکز مداخلات بالینی

توصیه: مداخلات مختصر با زمان کمتر از ۳ دقیقه، میزان پرهیز از دخانیات را افزایش می‌دهد. تمامی مصرف‌کنندگان دخانیات چه آنهایی که به مراکز انجام دهنده اقدامات مداخله‌ای متمرکز ارجاع می‌شوند و چه آنهایی که ارجاع نمی‌شوند، باید حداقل مداخله مختصر به آنها پیشنهاد شود (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: یک رابطه قوی میان طول جلسات حضوری با میزان موفقیت وجود دارد. مداخلات متمرکز از مداخلات کم تمرکزتر مؤثرتر می‌باشند و هر زمان که مقدور بود، باید از این اقدامات استفاده کرد. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: درمان حضوری (چهره به چهره) خصوصاً برای ۴ جلسه یا بیشتر، در افزایش میزان‌های پرهیز مؤثر است، بنابراین در صورت امکان پزشک باید ۴ یا ۵ جلسه درمانی برای بیماران برگزار کند (اعتبار شاهد= الف)

سه تحلیل آماری جداگانه مربوط به سال ۲۰۰۰ از این توصیه‌ها حمایت می‌کند؛ یکی از آنها طول جلسات را در نظر گرفته است، دیگری مجموع میزان تماس و آخری در مورد تعداد جلسات درمانی است.

جدول ۸-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های پرهیز تخمینی در مورد تماس‌های حضوری (چهره به چهره) با تمرکزهای مختلف (تعداد = ۴۳ مطالعه)

سطح تماس	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون تماس	۳۰	۱/۰	۱۰/۹
مشاوره مختصر (کمتر از ۳ دقیقه)	۱۹	۱/۳ (۱/۱۰، ۱/۶)	۱۳/۴ (۱۰/۹، ۱۶/۱)
مشاوره کم تمرکز (۳ تا ۱۰ دقیقه)	۱۶	۱/۶ (۱/۲، ۲/۰)	۱۶/۱۰ (۱۲/۸، ۱۹/۲۱)
مشاوره متمرکز (بیش از ۱۰ دقیقه)	۵۵	۲/۳ (۲/۱۰، ۲/۷)	۲۲/۱ (۱۹/۴، ۲۴/۷)

نسبت شانس تخمینی = Estimated odds ratio

میزان پرهیز تخمینی = Estimated abstinence ratio

مدت زمان جلسه: ۴۳ مطالعه، معیارهای انتخابی برای مقایسه میان مدت زمان متفاوت جلسات را واجد بودند. سعی بر این شد تا طبقه‌بندی مدت زمان جلسات، براساس بیشترین زمانی که پزشک بالینی با فرد سیگاری وابسته به دخانیات در یک جلسه صرف می‌کند، صورت پذیرد. تعریف نوع مداخله براساس مدت زمان مشاوره به این صورت انجام گرفت: ۳ دقیقه یا کمتر برای مداخلات مشاوره‌ای مختصر، ۱۰-۳ دقیقه برای مشاوره کم تمرکز، بیش از ۱۰ دقیقه برای مداخلات مشاوره‌ای متمرکز. مداخلات شامل تماس‌های متعدد پزشک بالینی و بیمار بود و براساس اهداف تعیین شده، برنامه‌ریزی مدت زمان جلسات (بر مبنای طولانی‌ترین جلسه) انجام می‌گرفت. میزان‌های پرهیز میان این گروه و گروه مرجع (که هیچ تماسی با پزشک بالینی نداشتند) مقایسه گردید. منظور از گروه مرجع، مطالعاتی است که گروه‌های مورد بررسی هیچ تماس حضوری با پزشک بالینی نداشته‌اند مثلاً استفاده‌کنندگان از مطالب خودآموزی.

این نکته مشخص گردید که بین طول جلسات و میزان پرهیز نیز ارتباط وجود دارد. همچنان که در جدول ۸-۶ نشان داده شده است میزان پرهیز در هر سه حالت متفاوت از

نظر طول جلسات (مشاوره مختصر، کم‌تمرکز، متمرکز) به طور قابل توجهی نسبت به زمانی که مشاوره‌ای صورت نگرفته بود، بالاتر بود.

هر چند جلسات مشاوره‌ای به هر شکل، میزان‌های پرهیز را به صورت قابل توجهی بالا می‌برند، مشاوره‌های متمرکز در مقایسه با مشاوره‌های مختصر و کم‌تمرکز، میزان‌های پرهیز بالاتری را به همراه دارند.

مجموع کل مدت تماس. ۳۵ مطالعه معیارهای انتخاب جهت بررسی تحلیلی در مورد تأثیر مجموع کل مدت زمان تماس را دارا بودند؛ میزان مدت تماس بر مبنای زمان کلی به کار رفته در طی جلسات، محاسبه گردید (تعداد جلسات × طول جلسات). برای تعیین دقیق زمان به کار رفته در مشاوره‌های مختصر و کم‌تمرکز به ترتیب زمان‌های ۲ و ۶/۵ دقیقه در مورد آنها در نظر گرفته شد.

مجموع مدت تماس در قالب زمان‌های ۱ تا ۳ دقیقه، ۴ تا ۳۰ دقیقه، ۳۱ تا ۹۰ دقیقه، ۹۱ تا ۳۰۰ دقیقه و بیشتر از ۳۰۰ دقیقه گروه‌بندی شد. بین مجموع مدت تماس و میزان پرهیز نسبت مستقیمی وجود داشت. همچنان که جدول ۹-۶ نشان می‌دهد، تماس به هر میزان که باشد در مقایسه با عدم تماس، میزان‌های پرهیز بیشتری را در پی داشته است. مدت تماس هر چه باشد، میزان‌های پرهیز بیشتری حاصل شده است، به عنوان مثال زمان‌های ۳۱ تا ۹۰ دقیقه به نسبت زمان‌های ۱ تا ۳ دقیقه، میزان‌های پرهیز چشمگیرتری را به همراه داشته‌اند ولی شواهدی مبنی بر این که زمان‌های بیشتر از ۹۰ دقیقه میزان پرهیز بیشتری را به همراه داشته باشند، وجود ندارد.

جدول ۹-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های پرهیز تخمینی در مورد

میزان کلی زمان تماس (تعداد=۳۵ مطالعه)

میزان کلی تماس	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
۰ دقیقه	۱۶	۱/۰	۱۱/۰
۱ تا ۳ دقیقه	۱۲	۱/۴ (۱/۱، ۱/۸)	۱۴/۴ (۱۱/۳، ۱۷/۵)
۴ تا ۳۰ دقیقه	۲۰	۱/۹ (۱/۵، ۲/۳)	۱۸/۸ (۱۵/۶، ۲۲/۰)
۳۱ تا ۹۰ دقیقه	۱۶	۳/۰ (۲/۳، ۴/۶)	۲۶/۵ (۲۱/۵، ۳۱/۴)
۹۱ تا ۳۰۰ دقیقه	۱۶	۳/۲ (۲/۳، ۴/۶)	۲۸/۴ (۲۱/۳، ۳۵/۵)

بیشتر از ۳۰۰ دقیقه	۱۵	۲/۸ (۲/۰، ۳/۹)	۲۵/۵ (۱۹/۲، ۳۱/۷)
--------------------	----	----------------	-------------------

تعداد جلسات. ۴۶ مطالعه که در آنها حداقل چند تماس حضوری وجود داشت، معیار انتخابی برای تحلیل در زمینه تأثیر تعداد جلسات درمانی را داشتند. تعداد جلسات درمانی در قالب صفر تا ۱ جلسه، ۲ تا ۳ جلسه، ۴ تا ۸ جلسه و بیش از ۸ جلسه طبقه‌بندی شد. صفر تا ۱ جلسه به عنوان گروه مبنا در نظر گرفته شد. همان‌طور که در جدول ۱۰-۶ نشان داده شده است، میزان پرهیز در مورد جلسات درمانی متعدد به نسبت تعداد صفر تا یک جلسه، بیشتر است. شواهد، یک رابطه مستقیم بین تعداد جلسات و تأثیرگذاری درمان را نشان می‌دهد؛ به طوری که درمان‌های بیش از ۸ جلسه به طور قابل ملاحظه‌ای مؤثرتر از مداخلاتی است که طی صفر تا یک و یا ۲ تا ۳ جلسه انجام می‌شود.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- موضوعات زیر در ارتباط با شدت تماس حضوری، نیاز به تحقیقات بیشتری دارند.
- تأثیر طول مدت جلسات و زمان‌بندی جلسات (از جمله تعداد روزها و یا هفته‌هایی که درمان طی آنها انجام می‌شود) به طور مثال اگر اکثر جلسات در هفته‌های اول بعد از ترک باشد تأثیر بهتری در میزان پرهیز طولانی مدت دارد یا اگر جلسات مقارن با تلاش در ترک برگزار گردد؟
- راه‌هایی که باعث شود بیماران بیشتر به استفاده از درمان‌های متمرکز، جلب شوند.
- کارآیی برنامه‌های درمانی متمرکز در بیماران بستری.

جدول ۱۰-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان پرهیز تخمینی در مورد

تعداد جلسات (تعداد=۴۶ مطالعه)

درمان حضوری (چهره به چهره)			
تعداد جلسات	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
صفر تا ۱ جلسه	۴۳	۱/۰	۱۲/۴
۲ تا ۳ جلسه	۱۷	۱/۴ (۱/۱، ۱/۷)	۱۶/۳ (۱۳/۷، ۱۹/۰)
۴ تا ۸ جلسه	۲۳	۱/۹ (۱/۶، ۲/۲)	۲۰/۹ (۱۸/۱، ۲۳/۶)

بیش از ۸ جلسه	۵۱	۲/۳ (۲/۱، ۳/۰)	۲۴/۷ (۲۱/۰، ۲۸/۴)
---------------	----	----------------	-------------------

نوع پزشکان بالینی

توصیه: درمان به وسیله گروه‌های مختلف پزشکان بالینی، میزان پرهیز را افزایش می‌دهد؛ بنابراین تمامی گروه‌های پزشک بالینی باید مداخلات ترک مصرف دخانیات را انجام دهند. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: درمان‌های انجام گرفته توسط چندین گروه پزشک بالینی از مداخلاتی که صرفاً توسط یک گروه خاص از پزشکان بالینی، صورت می‌گیرد مؤثرتر است؛ بنابراین توصیه می‌شود مداخلات درمانی توسط بیش از یک گروه از پزشکان بالینی انجام شود. (اعتبار شاهد = ج)

انواع پزشکان بالینی:

۲۹ مطالعه معیار انتخابی برای تحلیل در مورد کارآیی دخالت انواع مختلف پزشکان بالینی در مداخلات توقف مصرف دخانیات را دارا بودند. این تحلیل‌ها کارآیی مداخلاتی که توسط پزشکان بالینی گروه‌های مختلف انجام می‌گرفت در مقایسه با مداخلاتی که از هیچ پزشک بالینی استفاده نمی‌شد (بدون هیچ مداخله یا استفاده از مطالب خودآموز به تنهایی) مورد سنجش قرار می‌داد. مداخلات ترک سیگار که توسط یک گروه خاص از پزشکان بالینی مثل پزشک یا درمانگر غیرپزشک (روانشناس، پرستار، دندانپزشک یا مشاور) و یا چندین پزشک بالینی صورت می‌گرفت، میزان پرهیز بالاتری در مقایسه با مداخلاتی که از هیچ پزشک بالینی استفاده نمی‌گردید، به همراه داشت (مثل مداخلات با استفاده از مطالب خودآموز). در هیچ یک از مطالعات از دارودرمانی استفاده نمی‌گردید ولی از مداخلات رفتاری و اجتماعی در سطوح مختلف استفاده می‌شد نتایج در جدول ۱۱-۶ آورده شده است. نتایج مقایسه کارآمدی پزشکان بالینی با گروه‌های مختلف پزشکان بالینی مطابقت دارد ولی به نفع گروه خاصی از پزشکان بالینی نیست. علاوه بر این مشاورین دوره دیده نیز میزان موفقیت بالایی داشتند.

تعداد انواع پزشکان بالینی: ۳۷ مطالعه در سال ۲۰۰۰ معیار انتخابی برای تحلیل در مورد مؤثر بودن چندین پزشک بالینی در مداخلات توقف مصرف دخانیات را واجد بودند.

باید توجه داشت که منظور از چندین پزشک بالینی، گروه‌های مختلف پزشکان بالینی است (به عنوان مثال اگر پزشک و پرستار دو مداخله مجزا را انجام می‌دهند، دو نوع پزشک بالینی محسوب می‌شوند). البته اطلاعات در این زمینه به ندرت در گزارشات مربوط به مطالعه مشخص شده بود. مداخلات در زمینه ترک سیگار که به وسیله چندین گروه از پزشکان بالینی انجام می‌شد در مقایسه با زمانی که پزشک بالینی وجود نداشت، میزان پرهیز بالاتری را به همراه داشت. نتایج مطالعه در جدول ۶-۱۲ آورده شده است. داده‌های جدول ۶-۱۲، تأثیر بیشتر چندین پزشک بالینی در مقایسه با یک پزشک بالینی را به میزان نامحسوس نشان می‌دهد. این نکته نشان‌دهنده این مطالب است که تنوع گروه‌های درمانی اعم از درمانگران پزشک و غیرپزشک مثل پرستاران، دندانپزشکان، بهداشتکاران دهان و دندان، روانشناسان، داروسازان، مربیان و دانشجویان رشته‌های بهداشت می‌تواند نقش مهمی در پیشبرد اهداف در زمینه توقف مصرف دخانیات در جامعه ایفا کند. علاوه بر این تعداد جلسات تأثیر مهمی بر پیامد درمان دارد طوری که افزایش تعداد جلسات عامل بسیار مهمتری از تعدد پزشکان بالینی می‌باشد.

جدول ۱۱-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در مورد مداخلاتی که توسط گروه‌های متنوع پزشکان بالینی انجام می‌شود (تعداد=۲۹ مطالعه)

نوع درمانگر	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون درمانگر	۱۶	۱/۰	۱۰/۲
خودآموز	۴۷	۱/۱ (۰/۹، ۱/۳)	۱۰/۹ (۹/۱، ۱۲/۷)
درمانگر غیرپزشک	۳۹	۱/۷ (۱/۳، ۲/۱)	۱۵/۸ (۱۲/۸، ۱۸/۸)
درمانگر پزشک	۱۱	۲/۲ (۱/۵، ۳/۲)	۱۹/۹ (۱۳/۷، ۲۶/۲)

جدول ۱۲-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در مورد مداخلات توسط یک یا چند پزشک بالینی (تعداد=۳۷ مطالعه)

تعداد پزشکان بالینی	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی

۱۰/۸	۱/۰	۳۰	بدون پزشک بالینی
۱۸/۳ (۱۵/۴، ۲۱/۱)	۱/۸ (۱/۵، ۲/۲)	۵۰	یک نوع پزشک بالینی
۲۳/۶ (۱۸/۴، ۲۸/۷)	۲/۵ (۱/۹، ۳/۴)	۱۶	دو نوع پزشک بالینی
۲۳/۰ (۲۰/۰، ۲۵/۹)	۲/۴ (۲/۱، ۳/۹)	۷	سه یا بیشتر

زمینه‌های تحقیق در آینده

موارد زیر در مورد نوع پزشک بالینی نیاز به تحقیقات بیشتر دارد؛

- کارآیی گروه‌های خاص پزشکان بالینی (مثل مشاورین خط تلفنی ترک سیگار، مشاورین آموزش دیده، پرستاران، پزشکیاران، داروسازان، مددکاران اجتماعی)
- مقایسه نسبی تأثیر پزشکان بالینی گروه‌های مختلف در صورتی که تمرکز مداخله یکسان باشد.

چارچوب‌های درمان‌های روانی اجتماعی

توصیه: مشاوره تلفنی ترک سیگار فعال، مشاوره گروهی و مشاوره فردی، چهارچوب‌های مؤثر و قابل استفاده در مداخلات توقف مصرف دخانیات می‌باشند. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: مداخلات توقف مصرف دخانیات که در اشکال مختلف عرضه می‌شوند، میزان پرهیز را افزایش می‌دهند و باید مورد تشویق قرار گیرد. (اعتبار شاهد= الف)

چارچوب‌های درمان‌های روانی اجتماعی: اشکال مختلف مداخلات از سال ۲۰۰۰ برگرفته شدند و تنها مطالعات مربوط به مشاوره تلفنی ترک سیگار از میان مطالعات سال ۲۰۰۸ استخراج شده است. ۵۸ مطالعه از سال ۲۰۰۰ معیارهای انتخاب را دارا بودند و در تحلیل مقایسه اشکال مختلف مداخلات به کار گرفته شدند و در جدول ۱۳-۶ آورده شده‌اند. مداخلات توقف مصرف دخانیات به صورت مشاوره تلفنی فعال (خط تلفنی ترک و برقراری تماس تلفنی بعد از تماس اول)، مشاوره فردی و مشاوره گروهی، همگی میزان‌های پرهیز را در مقایسه با وضعیتی که مشاوره‌ای انجام نمی‌گرفت، افزایش می‌داد.

خودآموز: در راهنمای سال ۲۰۰۰ مطالعه متاآنالیز قالب‌های مختلف درمانی، کارآیی مداخلات خودیاری یا خودآموز (پمفلت/ کتابچه/ مکاتبات پستی/ جزوه، کاست ویدئو، نوار صوتی، برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای، برنامه‌های کامپیوتری و اینترنت) را نیز مورد بررسی و

سنجش قرار داد. به نظر می‌رسد مداخلاتی که با کمک وسایل خودآموز (خواه به تنهایی یا همراه با مداخلات دیگر) انجام می‌شود، میزان پرهیز را در قیاس با مواقعی که مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد، افزایش می‌دهد. البته طبق نظر این کتاب راهنما، اثرات این روش ضعیف و ناپایدار می‌باشد (جدول ۱۳-۶ و ۱۵-۶).

استفاده از چند شیوه: ۵۴ مطالعه در راهنمای سال ۲۰۰۰ واجد معیارهای انتخاب بودند و از آنها برای مقایسه میان بکارگیری یک یا چند شیوه درمانی برای توقف مصرف دخانیات، استفاده گردید. این تحلیل‌ها درمان‌های خودیاری به تنهایی و یا در کنار دیگر درمان‌ها را نیز در بر می‌گرفت. مداخلات توقف مصرف سیگار که از دو شیوه مختلف درمان بهره برده بود، از مداخلاتی که در آنها تنها از یک شیوه درمان استفاده شده بود، موفق‌تر بود. نتایج این تحلیل در جدول ۱۴-۶ آورده شده است.

خودآموز: تحلیل‌های متمرکز: با توجه به اینکه تحلیل صورت گرفته در مورد شیوه‌های درمانی مختلف، کارآیی مداخلات خودآموز را به صورتی قاطع نشان نمی‌داد، تحلیل دیگری در سال ۲۰۰۰ که اطلاعات متمرکزی را به دست دهد، انجام گرفت. در این تحلیل، مطالعاتی مورد استفاده قرار گرفتند که مداخلات خودآموز را به عنوان یک محور درمانی کاملاً مستقل مورد بررسی قرار داده بودند. در تحلیل اصلی، برای مشخص کردن مواردی درمانی، به طور انحصاری از عواملی غیر از موارد خودآموز، استفاده شده بود (از جمله تمرکز مشاوره‌ای که در کنار مداخلات انجام شده بود). در این تحلیل، درمان‌های مکمل طیفی از موارد بدون توصیه تا مشاوره‌های متمرکز را در بر می‌گرفت. این بررسی، نتایج تحلیل قبلی را تأیید می‌کرد. در سال ۲۰۰۰ بیست و یک مطالعه معیارهای انتخاب برای سنجش کارآیی استفاده همزمان از چندین مداخله خودیاری را دارا بودند. (از قبیل پمفلت، ویدئو کاست، نوارصوتی و گرفتن پاسخ از طریق مشاوره تلفنی ترک). طبق نتایج حاصله، شواهد کافی مبنی بر اینکه استفاده از چند نوع مداخله خودیاری بدون تماس حضوری، باعث افزایش بازده می‌شود، وجود ندارد. (جدول ۱۵-۶ را مشاهده کنید).

جدول ۱۳-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز برای

شیوه‌های مختلف درمان (تعداد=۵۸ مطالعه)

شیوه درمانی	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
-------------	-------------	------------------	--------------------

بدون درمان	۲۰	۱/۰	۱۰/۸
خودآموز	۹۳	۱/۲ (۱/۰۲، ۱/۳)	۱۲/۳ (۱۰/۹، ۱۳/۶)
مشاوره فعال تلفنی	۲۶	۱/۲ (۱/۱، ۱/۴)	۱۳/۱ (۱۱/۴، ۴/۸)
مشاوره گروهی	۵۲	۱/۳ (۱/۱، ۱/۶)	۱۳/۹ (۱۱/۶، ۱۶/۱)
مشاوره فردی	۶۷	۱/۷ (۱/۴، ۲/۰)	۱۶/۸ (۱۴/۷، ۱۹/۱)

جدول ۱۴-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در ارتباط با تعداد شیوه‌های درمانی به کار رفته (تعداد=۵۴ مطالعه)

تعداد شیوه‌های* درمانی به کار رفته	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان تخمینی پرهیز
بدون شیوه درمانی	۲۰	۱/۰	۱۰/۸
۱ شیوه درمانی	۵۱	۱/۵ (۱/۲، ۱/۸)	۱۵/۱ (۱۲/۸، ۱۷/۴)
۲ شیوه درمانی	۵۵	۱/۹ (۱/۶، ۲/۲)	۱۸/۵ (۱۵/۸، ۲۱/۱)
۳ یا ۴ شیوه درمانی	۱۹	۲/۵ (۲/۱، ۳/۰)	۲۳/۲ (۱۹/۹، ۲۶/۶)

* شیوه‌ها، شامل مداخلات خودیاری، مشاوره فعال تلفنی، مشاوره فردی و گروهی است.

جدول ۱۵-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در ارتباط با تعداد مداخلات خودیاری به کار رفته (تعداد=۲۱ مطالعه)

تعداد عوامل	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله خودیاری	۱۷	۱/۰	۱۴/۳
۱ نوع مداخله خودیاری	۲۷	۱/۰ (۰/۹، ۱/۱)	۱۴/۴ (۱۲/۹، ۱۵/۹)
۲ نوع یا بیشتر مداخله خودیاری	۱۰	۱/۱ (۰/۹، ۱/۵)	۱۵/۷ (۱۲/۳، ۱۹/۲)

خطوط تلفنی ترک سیگار: راه‌اندازی و مؤثر بودن خط تلفنی ترک سیگار، پانل را متقاعد کرد تا در راهنمای سال ۲۰۰۸ این مداخله را مورد ارزیابی قرار دهد. ۹ مطالعه واجد شرایط

لازم جهت بررسی در این راهنما شدند. در این جمع‌بندی مطالعاتی مورد توجه قرار گرفتند که برقراری تماس از طرف مشاور، بعد از تماس مراجع، حاصل شده بود. انجام مداخلات از طریق خط تلفنی ترک سیگار در مقایسه با مداخلات مختصر و یا عدم وجود مداخلات، میزان ترک را بالا بردند (جدول ۱۶-۶). در مرور مطالعات دیگری که در سال ۲۰۰۸ انجام شد و شش مطالعه را شامل می‌شد، اضافه نمودن خط تلفنی ترک سیگار به درمان دارویی و یا درمان دارویی به تنهایی مقایسه گردید. اضافه نمودن خط تلفنی ترک سیگار به درمان دارویی به صورت معنی‌داری میزان موفقیت را افزایش داد (جدول ۱۷-۶).

جدول ۱۶-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در ارتباط با به کارگیری خط تلفنی ترک در مقایسه با توصیه مختصر، خودآموز یا عدم مداخله (تعداد=۹ مطالعه)

میزان تخمینی پرهیز	نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	شیوه‌های درمانی
۸/۵	۱/۰	۱۱	توصیه مختصر، خودآموز یا عدم مداخله
۱۲/۷ (۱۱/۳، ۱۴/۲)	۱/۶ (۱/۴، ۱/۸)	۱۱	خط تلفنی ترک

جدول ۱۷-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز در ارتباط با به کارگیری خط تلفنی ترک و درمان دارویی و یا درمان دارویی به تنهایی (تعداد=۶ مطالعه)

میزان پرهیز تخمینی	نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	تعداد عوامل
۲۳/۲	۱/۰	۶	درمان دارویی به تنهایی
۲۸/۱ (۲۴/۵، ۳۲/۰)	۱/۳ (۱/۱، ۱/۶)	۶	درمان دارویی و خط تلفنی ترک

مداخلات مراجع محور: مطالعات جدید بر کارآیی مداخلات مراجع محور توجه خاصی دارند. این مداخلات بر خصوصیات خاص مراجع مانند منابع حمایتی، اقدام‌های پیشین ترک سیگار و نگرانی‌های مربوط به ترک تأکید دارند. این مداخلات می‌توانند شامل برگه‌های

چاپ شده و ارسالی به بیماران و یا وب سایت‌های قابل ارتباط باشند. برخی از این مداخلات مؤثر بودن خود را به اثبات رسانده‌اند. پانل همچنین بر استفاده از مداخلات مرحله‌ای توجه خاص داشته است، هر چند شواهد کافی در این مورد هنوز در دسترس نمی‌باشد.

مداخلات با استفاده از یارانه: ارائه خدمات بهداشتی به صورت یارانه‌ای می‌تواند مورد استفاده بسیاری از مشتریان سیستم‌های بهداشتی باشد به شرط این که بر حسب نیازهای مراجعین طراحی شوند. این مداخلات از نظر هزینه مقرون به صرفه هستند و می‌توانند به تنهایی و یا در کنار سایر مداخلات به بیماران عرضه شوند. این خدمات همچنین به بیماران امکان انتخاب از میان طیف گسترده‌ای از خدمات را می‌دهند. ساختار مناسب این خدمات هنوز به خوبی شناخته شده نیستند و بسیاری از این خدمات و سایت‌ها تا حدی گیج‌کننده می‌باشند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موارد زیر در مورد شیوه‌های مختلف درمانی نیاز به تحقیقات بیشتر دارد:

- کدام ترکیب از شیوه‌ها، مؤثر است.
- کارایی دیدگاه‌های جدید در مورد مداخلات خودیاری (مثلاً مداخلات رایانه‌ای متناسب با فرد)
- کارایی شیوه‌های مراجع مدار
- کارایی شیوه‌های برگرفته از دورنگار و استفاده از آن
- کارایی استفاده از وب سایت
- کارایی خطوط تلفنی پاسخگو
- کارایی نسبی انواع مختلف مداخلات خودآموز
- کارایی وسایل خودآموز به عنوان درمان‌های مکمل و اینکه آیا بکارگیری این شیوه‌ها، تأثیر درمان‌های ثابت شده وابستگی به دخانیات از جمله مشاوره فردی، گروهی، مشاوره فعال تلفنی و دارودرمانی را افزایش یا کاهش می‌دهند

فرآیند و ارزیابی‌های پیگیری

توصیه: تمام بیمارانی که مداخلات درمانی مصرف و وابستگی به دخانیات را دریافت می‌کنند باید در پایان درمان و در طول جلسات پیگیری، از نظر پرهیز ارزیابی شوند. (۱)

بیمارانی که ترک کرده‌اند باید برای جلوگیری از عود، تحت مراقبت قرار گیرند (فصل ۳ ج، بیمارانی که ترک کرده‌اند) (۲) بیمارانی که دچار عود شده‌اند برای مشخص شدن تصمیم آنها برای ترک مجدد، مورد ارزیابی قرار گیرند (اعتبار شاهد= ج)

اگر بیمار مصمم به اقدام دیگری برای ترک است، امکان درمان‌های دیگر را برای او فراهم کنید (فصل ۳ الف، بیمارانی که آماده ترک هستند).

اگر بیمار نمی‌خواهد ترک کند، زمینه مداخله برای ترغیب و ایجاد انگیزه به ترک را برای او فراهم کنید (فصل ۳ ب، بیمارانی که نمی‌خواهند ترک کنند).

تمام بیماران باید در جلسات پیگیری، از نظر وضعیت مصرف دخانیات مورد ارزیابی قرار گیرند. باید به ارزیابی‌های هفته اول بعد از ترک توجه خاصی مبذول شود. بایستی درمان جلوگیری از عود مجدد را برای بیماران ترک کرده، انجام داد: (فصل ۳ ج، استراتژی مختصر ج ۱). این درمان مشتمل بر تقویت تصمیم بیمار به ترک، تبریک برای موفقیت او در ترک و دلگرمی دادن به او به خاطر پایداری در پرهیز می‌باشد. پزشکان بالینی بایستی آگاهی‌های لازم در مورد خطراتی که پرهیز را در حال حاضر و در آینده تهدید می‌کند، به بیمار بدهند و پیشنهادات و توصیه‌های مناسب برای مقابله با این خطرات را برای او تشریح کنند. کسانی که دچار عود شده‌اند باید مجدداً از نظر تمایل به ترک مورد ارزیابی قرار گیرند. برنامه مداخلات درمانی وابستگی به دخانیات باید برای کسانی که اخیراً ترغیب به ترک مجدد شده‌اند، فراهم گردد. (فصل ۳ ج، بیمارانی که تمایل به ترک دارند). ممکن است پزشکان بالینی، افزایش شدت درمان‌های روانی اجتماعی (رفتاردرمانی) یا ارجاع بیمار به متخصصین برنامه‌های درمانی اعتیاد متمرکز را ضروری ببینند.

علاوه بر این، در صورت امکان باید دوباره به بیمار درمان دارویی پیشنهاد شود. اگر در نوبت قبلی ترک، دارو درمانی نیز بخشی از برنامه درمانی بوده است، پزشک بالینی باید بررسی کند که آیا دارو به طور صحیحی مصرف شده و آیا دارو برای فرد سودمند بوده است یا خیر، سپس براساس ارزیابی صورت گرفته، درمان مجدد با همان داروی قبلی، داروی جدید و یا ترکیبی از جایگزین‌های نیکوتین را به بیمار پیشنهاد دهد (جدول ۲۶-۶ تا ۲۸-۶). مداخلات مختصر که به منظور ایجاد انگیزه برای ترک طراحی شده‌اند، باید برای بیمارانی که در حال حاضر تمایل به ترک ندارند، صورت گیرد (فصل ۳ ب)

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر در ارتباط با ارزیابی‌های مربوط به پیگیری بعد از درمان نیاز به تحقیقات بیشتری دارد:

- زمان‌بندی مناسب و انواع مداخلات پیشگیری کننده از عود
- کارآیی شیوه‌های مختلف درمان‌های پیشگیری از عود. (برای مثال، آیا تماس‌های تلفنی در کاهش احتمال عود بعد از مداخله مختصر مؤثر است؟)

۳. اجزای درمان

انواع روش‌های مشاوره و رفتاردرمانی

توصیه: دو نوع مشاوره و رفتار درمانی میزان بالاتری از پرهیز را به همراه داشته‌اند. اول، فراهم کردن زمینه مشاوره عملی و کاربردی برای سیگاری‌ها (مهارت‌های حل مشکل/ آموزش مهارت‌ها) و دوم فراهم کردن حمایت اجتماعی به عنوان بخشی از درمان. این نوع مشاوره و رفتاردرمانی بایستی در برنامه مداخلات توقف مصرف دخانیات گنجانده شود. (اعتبار شاهد= ج)

۶۲ مطالعه در سال ۲۰۰۰، معیارهای انتخاب برای تحلیل در مورد تأثیر مداخلات با استفاده از روش‌های مختلف مشاوره و رفتاردرمانی را دارا بودند. نتایج نمایش داده شده در جدول ۱۸-۶ نشان می‌دهد که از میان انواع مختلف مشاوره و رفتار درمانی، ۴ گروه میزان‌های پرهیز را در مقایسه با شرایط بدون تماس (مثل شرایط درمان نشده در گروه کنترل) طبق شواهد آماری افزایش می‌دهند. این گروه‌ها از این قرارند: ۱- فراهم کردن امکان مشاوره عملی مثل حل مشکل/ آموزش مهارتی/ جلوگیری از عود/ درمان استرس، ۲- فراهم کردن حمایت لازم از طرف پزشک بالینی در طول مدت تماس مستقیم با بیمار (حمایت اجتماعی در حوزه درمان)، ۳- مداخله جهت افزایش حمایت اجتماعی از میان اطرافیان فرد سیگاری (حمایت اجتماعی خارج از حوزه درمان)، ۴- استفاده از روش‌های اجتنابی جهت ترک سیگار (سیگارکشیدن سریع، پک زدن سریع و در معرض دود سیگار دیگران بودن). یک آنالیز جداگانه بر روی مطالعات دیگری که بکارگیری داروهای مورد تأیید FDA را نیز در بر می‌گرفت، انجام شد. نتایج این تحلیل تقریباً مشابه تحلیل اصلی بود.

جدول ۱۸-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارآیی و میزان‌های پرهیز تخمینی در انواع مختلف روش‌های مشاوره و رفتار درمانی (تعداد=۶۴ مطالعه)

میزان پرهیز تخمینی	نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	نوع مشاوره و رفتار درمانی
۱۱/۲	۱/۰	۳۵	بدون مشاوره/ رفتاردرمانی
۱۰/۸ (۷/۹، ۱۳/۸)	۱/۰ (۰/۷، ۱/۳)	۳۱	شل‌سازی Relaxation / تنفس
۱۱/۲ (۸/۵، ۱۴/۰)	۱/۰ (۰/۷، ۱/۴)	۲۲	درمان‌های پاداش محور
۱۱/۲ (۸/۵، ۱۵/۳)	۱/۰ (۰/۸، ۱/۳)	۱۹	وزن/ رژیم غذایی
۱۱/۸ (۸/۱۵، ۴/۳)	۱/۱ (۰/۸، ۱/۵)	۲۵	کاهش تدریجی سیگار
۱۳/۶ (۸/۷، ۱۸/۵)	۱/۲ (۰/۸، ۱/۹)	۸	خلق منفی
(۱۲/۳، ۱۶/۵) ۱۴/۴	۱/۳ (۱/۱، ۱/۶)	۵۰	حمایت اجتماعی در حوزه درمان
(۱۴/۰، ۲۰/۶) ۱۶/۲	۱/۵ (۱/۱، ۲/۱)	۱۹	حمایت اجتماعی خارج از حوزه درمان
(۱۴/۰، ۱۸/۵) ۱۶/۲	۱/۵ (۱/۳، ۱/۸)	۱۰۴	جلسات عمومی حل مشکل
(۱۱/۲، ۲۴/۹) ۱۷/۷	۱/۷ (۱/۰۴، ۲/۸)	۱۹	سایر روش‌های اجتنابی
(۱۱/۲، ۲۹/۰) ۱۹/۹	۲/۰ (۱/۱، ۳/۵)	۱۹	سیگار کشیدن سریع

پانل در سال ۲۰۰۸ تصمیم گرفت تا حمایت اجتماعی خارج از حوزه درمان را وارد مطالعه نکند. این امر به علت مرور مقالات مرتبط بود که در طی آن حمایت اجتماعی خارج از حوزه درمان در پیامد درمان تأثیری نداشت. مطالعات زیادی نیز در مورد استفاده از روش‌های اجتنابی بعد از سال ۲۰۰۰ انجام گرفت که نتایج امیدوارکننده‌ای نداشتند. به همین علت و به دلیل عوارض جانبی ناشی از روش‌های اجتنابی، پانل تصمیم گرفت تا این روش‌ها در سال ۲۰۰۸ در این مجموعه وارد نشود.

اعتبار شاهد در مورد توصیه‌های مربوط به انواع گروه‌های مشاوره و رفتاردرمانی در سال ۲۰۰۸، به دلایل مختلفی حائز شرایط رتبه الف (A) نمی‌باشد که این دلایل شامل موارد زیر هستند. اولاً: مداخلات صورت گرفته در زمینه توقف مصرف سیگار به ندرت از شیوه‌های خاص و یکنواختی برای مشاوره و رفتاردرمانی استفاده می‌کنند، ثانیاً: انواع مختلف مشاوره و رفتاردرمانی با شاخص‌های درمانی دیگر به هم پیوستگی دارد. ثالثاً: باید توجه داشت که تمامی روش‌های مشاوره و رفتاردرمانی با شرایط بدون تماس مقایسه شده‌اند، بنابراین شرایط کنترل در این مطالعه متاآنالیز، موارد غیراختصاصی و پلاسبو (دارونما) را در زمینه تأثیرات درمان در نظر نگرفته است. این مطلب خود باعث محدودیت توانایی این تحلیل در نشان دادن تأثیر انواع مختلف مشاوره و رفتاردرمانی شده است. چهارمین مورد این است که در مطالعات استفاده شده در این تحلیل، غالباً مشاوره و رفتاردرمانی متناسب با گروه‌های جمعیتی خاص طراحی شده است و این مسئله به صورت ناخواسته بر قابلیت تعمیم نتایج این مطالعه تأثیر گذاشته است. پنجم اینکه ناهمگونی قابل ملاحظه‌ای در تمامی انواع مشاوره و رفتاردرمانی استفاده شده، وجود دارد.

جدول ۱۹-۶: اجزای مشاوره عملی (حل مشکل / آموزش مهارتی)

نمونه‌ها	اجزای درمانی مشاوره علمی (حل مشکل / آموزش مهارتی)
<ul style="list-style-type: none"> - خلق منفی - اطرافیان سیگاری - نوشیدن الکل - تجربه میل به سیگار (هوس) - قرار گرفتن تحت فشار محدودیت زمانی 	<ul style="list-style-type: none"> - شناخت موقعیت‌های خطرناک - تشخیص وقایع، حالات درونی و یا فعالیت‌هایی که خطر سیگار کشیدن را افزایش می‌دهند.
<ul style="list-style-type: none"> - یادگیری روش‌هایی برای پیش‌بینی و اجتناب از وسوسه - یادگیری راه‌های شناختی برای کاهش خلق منفی - انجام تغییراتی در نحوه زندگی به صورتی که استرس کاهش یابد، کیفیت زندگی بهتر شود و لذت 	<ul style="list-style-type: none"> به دست آوردن مهارت‌های مقاومت فردی - مهارت‌های حل مشکل و مقاومت فردی را مشخص کرده و تمرین کنید. این مهارت‌ها منحصراً برای غلبه بر

از زندگی در فرد ایجاد گردد. - یادگیری فعالیت‌های شناختی و رفتاری که بتوان بر هوس‌های سیگارکشیدن غلبه کرد.	موقعیت‌های خطرناک طرح‌ریزی شده است.
- این حقیقت که هر نوبت سیگارکشیدن (حتی یک پک) احتمال عود را افزایش می‌دهد. - نشانه‌های ترک ظرف ۱ تا ۲ هفته بعد از ترک به اوج می‌رسد. - نشانه‌های ترک شامل خلق منفی، هوس سیگار و اشکال در تمرکز می‌باشد. - طبیعت اعتیادآور دخانیات	به دست آوردن اطلاعات پایه - اطلاعات لازم در زمینه دخانیات و ترک موفقیت‌آمیز

جدول ۲۰-۶: اجزای معمول مداخلات حمایتی در حوزه درمان

نمونه‌ها	اجزای درمان حمایتی
<ul style="list-style-type: none"> • توجه کنید که در حال حاضر، درمان‌های مؤثری برای وابستگی به دخانیات وجود دارد. • توجه کنید که نیمی از کسانی که در گذشته سیگار می‌کشیده‌اند، در حال حاضر ترک کرده‌اند. • این باور را در ذهن بیمار ایجاد کنید که می‌تواند ترک کند. 	تلاش به تشویق بیمار برای ترک
<ul style="list-style-type: none"> • از بیمار بپرسید که در مورد ترک چه احساسی دارد. • مستقیماً توجه و تمایل خود برای کمک کردن به بیمار را نشان دهید. • در مورد اظهارات بیمار در زمینه ترس از ترک، مشکلاتی که تجربه کرده است و احساسات دوگانه‌ای که دارد، با شیوه‌ای باز برخورد کنید. 	توجه و مراقبت خود را به بیمار منتقل کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • دلایلی که برای ترک دارد. • نگرانی‌ها در مورد ترک 	بیمار را به صحبت در مورد مراحل ترک تشویق کنید.

- توفیقاتی که تاکنون به دست آورده است.
- مشکلاتی که هنگام ترک با آن روبرو شده است.

طب سوزنی (Acupuncture): مطالعه متآنالیز جداگانه‌ای در سال ۲۰۰۰ در مورد طب سوزنی انجام گرفته است. این تحلیل به شیوه‌ای صورت گرفت تا با مطالعات اندکی که در این زمینه وجود داشت، آزمون نسبتاً حساسی حاصل گردد. طبق جدول ۶-۲۱ شواهد تأییدکننده کارایی طب سوزنی در درمان توقف مصرف دخانیات موجود نمی‌باشد. مطالعه متآنالیز انجام شده، تفاوتی را در مورد تأثیر طب سوزنی در مقایسه با گروه کنترل نشان نداده است. این نتایج مشخص می‌کند که تأثیر طب سوزنی ممکن است مربوط به عواملی نظیر انتظارات مثبت بیمار در مورد آن باشد.

هیپنوتیزم. مطالعه متآنالیز جداگانه‌ای در این مورد در سال ۱۹۹۶ در کتاب راهنما موجود نیست، زیرا مطالعات اندکی با معیارهای مورد نظر انجام گرفته است و مطالعاتی هم که مورد استفاده قرار گرفته‌اند از شیوه‌های ناهمگونی در این مورد بهره برده‌اند. به علاوه روش استاندارد برای تحلیل در نظر گرفته نشده است و در بررسی مقالات جدید در سال ۲۰۰۰ هم مطالعه‌ای که معیارهای مناسب در این زمینه را داشته باشد، وجود نداشت. بنابراین؛ در این کتاب، مطلب و معیار جدیدی در زمینه هیپنوتیزم ارائه نشده است. بررسی سلسله روش‌های درمانی از طریق هیپنوتیزم به وسیله گروه Cochrane، شواهد کافی مبنی بر کارآمدی روش هیپنوتیزم در توقف مصرف دخانیات به دست نمی‌دهد.

انواع دیگر مداخلات

مطالعات کافی در مورد کارایی روش‌های دیگر رفتاردرمانی و مشاوره از قبیل پس‌خوراند فیزیولوژیک و محدودیت‌های محیطی، درمان به وسیله استفاده از عوامل محرک وجود نداشت.

جدول ۶-۲۱ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۰): کارایی و میزان‌های تخمینی پرهیز در مورد طب سوزنی (تعداد=۵ مطالعه)

درمان	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
دارونما	۷	۱/۰	۸/۳
طب سوزنی	۸	۱/۱ (۰/۷، ۱/۶)	۸/۹ (۵/۵، ۱۲/۳)

زمینه‌های تحقیق آینده:

- موضوعات ذیل در مورد مشاوره و رفتاردرمانی نیاز به تحقیقات بیشتری دارد:
- کارایی مصاحبه‌های برانگیزاننده، از چشم انداختن سیگار در نظر فرد، هیپنوتیزم، پس‌خوراند فیزیولوژیک عوارض ناشی از دخانیات.
 - مکانیزم‌هایی که مداخلات مشاوره‌ای از آن طریق اعمال اثر می‌کنند.
 - کارایی مداخلات تخصصی مشاوره‌ای در گروه‌های مختلف بیماران (از قبیل افراد مبتلا به سرطان، بیماری انسدادی مزمن ریه، بیماری روانشناختی شامل وابستگی به مواد مخدر یا محرک، بیماری آترواسکلروز).
 - کارایی به کارگیری مداخلات ممنوعیت مصرف در اماکن عمومی، منازل و اماکن شغلی.
 - کارایی به کارگیری مداخلات خانوادگی در ترک سیگار

ترکیب دارودرمانی و مشاوره

توصیه: ترکیب دارودرمانی و مشاوره در نتیجه ترک سیگار از هر کدام آنها به تنهایی مفیدتر است. بنابراین در زمانی که هر دو این روش‌ها ممکن و در دسترس هستند باید با هم مورد استفاده قرار گیرند. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: رابطه معنی‌داری بین تعداد جلسات مشاوره و میزان موفقیت، زمانی که دارودرمانی و مشاوره همزمان ارائه می‌شوند، وجود دارد. بنابراین پزشکان بالینی باید بیشترین تعداد جلسات مشاوره را برای بیماران خود در نظر بگیرند.

شواهد موجود در این کتاب راهنما مؤثر بودن روش‌های دارودرمانی و مشاوره را در ترک سیگار به صورت مستقل از هم مورد نظر قرار داده است.

ارائه مشاوره همراه با درمان دارویی: ۱۸ مطالعه شرایط لازم را برای وارد شدن به مطالعه متآنالیز در مورد اضافه نمودن مشاوره به درمان دارویی داشتند. در این امر که در سال ۲۰۰۸ انجام گرفت، نشان داده شد که اضافه نمودن مشاوره به درمان دارویی همانطور که در جدول ۶-۲۲ نشان داده شده، میزان موفقیت در ترک را افزایش می‌دهد. همان ۱۸ مطالعه جهت بررسی تمرکز مشاوره‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطابق جدول ۶-۲۳-۶ نشان داد که دو تا سه جلسه مشاوره میزان موفقیت را افزایش می‌دهد و هشت جلسه بیشترین کارایی را به دنبال خواهد داشت. مشاوره‌های انجام گرفته در این مطالعات یا به صورت حضوری و یا از طریق تلفنی انجام گرفت.

جدول ۶-۲۲ مطالعه متآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های تخمینی پرهیز حاصل از ترکیب دارودرمانی و مشاوره در مقایسه با دارودرمانی (تعداد=۱۸ مطالعه)

تعداد شیوه‌های درمانی به کار رفته	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان تخمینی پرهیز
دارو درمانی	۸	۱/۰	۲۱/۷
دارو درمانی و مشاوره	۳۹	۱/۴ (۱/۲ ، ۱/۶)	۲۷/۶ (۲۵/۰ ، ۳۰/۳)

جدول ۶-۲۳ مطالعه متآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های تخمینی پرهیز در ارتباط با تعداد جلسات مشاوره در ترکیب دارودرمانی و مشاوره در مقایسه با دارودرمانی (تعداد=۱۸ مطالعه)

تعداد شیوه‌های درمانی به کار رفته	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان تخمینی پرهیز
صفر تا ۱ جلسه همراه درمان دارویی	۱۳	۱/۰	۲۱/۸
۲ تا ۳ جلسه همراه درمان دارویی	۶	۱/۴ (۱/۱ ، ۱/۸)	۲۸/۰ (۲۳/۰ ، ۳۳/۶)
۴ تا ۸ جلسه همراه درمان دارویی	۱۹	۱/۳ (۱/۱ ، ۱/۵)	۲۶/۹ (۲۴/۳ ، ۲۹/۷)
بیش از ۸ جلسه همراه درمان دارویی	۹	۱/۷ (۱/۳ ، ۲/۲)	۳۲/۵ (۲۷/۳ ، ۳۸/۳)

ارائه درمان دارویی همراه با مشاوره: افزودن درمان دارویی به مشاوره مرد بررسی قرار گرفت. ۹ مطالعه واجد شرایط لازم برای معیارهای مورد نیاز بودند و ۲۴ محور در این زمینه ایجاد کردند. نتایج این مطالعه متاآنالیز در سال ۲۰۰۸ که در جدول ۶-۲۴ نشان داده شده، مؤثر بودن افزودن درمان دارویی به مشاوره در ترک سیگار را نشان داد.

جدول ۶-۲۴ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های تخمینی پرهیز حاصل از ترکیب دارودرمانی و مشاوره در مقایسه با مشاوره (تعداد= ۱۸مطالعه)

تعداد شیوه‌های درمانی به کار رفته	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان تخمینی پرهیز
دارو درمانی	۱۱	۱/۰	۱۴/۶
دارو درمانی و مشاوره	۱۳	۱/۷ (۱/۳، ۲/۱)	۲۲/۱ (۱۸/۱، ۲۶/۸)

درمان دارویی و یا مشاوره درمان‌هایی هستند که اساس مداخلات ترک سیگار را تشکیل می‌دهند و حداقل یکی از آنها باید به بیماران ارائه گردد. با ادغام این دو مداخله پزشکان بالینی میزان موفقیت در ترک سیگار را افزایش می‌دهند. پزشک بالینی که درمان دارویی را ارائه می‌دهد لزوماً نباید همان پزشک بالینی ارائه‌دهنده مشاوره باشد. فردی که درمان دارویی را ارائه می‌دهد می‌تواند پزشک، دندانپزشک، پزشک یا پرستار باشد و ارائه‌دهنده مشاوره می‌تواند آموزش‌دهنده بهداشت، بهداشت کار دهان و دندان، متخصص ترک مصرف و وابستگی به دخانیات یا داروساز باشد، پایبندی و ادامه درمان دارویی و مشاوره بسیار مهم است.

زمینه‌های تحقیق آینده:

- موضوعات ذیل در مورد ترکیب مشاوره و رفتار درمانی نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.
- بهترین زمان‌بندی و طول مدت ارائه این خدمات.
- میزان تأثیر و مقبولین فرم‌های مختلف مشاوره (مثل مصاحبه انگیزشی، مشاوره خط تلفنی ترک سیگار).
- راهکارهایی برای از بین بردن باورهای نادرست در مورد مشاوره و درمان‌های دارویی.
- مقایسه مقرون تأثیر- هزینه بخشی انواع مختلف مداخلات.

بیمارانی که در حال حاضر مایل به ترک سیگار نیستند

توصیه: راهکارهای مشاوره انگیزشی برای افزایش احتمال اقدام به ترک در بیماران ناآماده مؤثر می‌باشد. بنابراین پزشکان بالینی باید از این راهکارهای مشاوره‌ای جهت بیماران ناآماده استفاده کنند. (اعتبار شاهد = ب)

شواهد نشان می‌دهند مشاوره انگیزشی می‌تواند انگیزه لازم جهت تغییر رفتار را بوجود آورد. این نوع مشاوره‌ها محتوا و نام‌های متنوعی دارند (مانند مشاوره انگیزشی انفرادی یا مصاحبه انگیزشی). مداخله انگیزشی که بیشترین تأثیر را به دنبال دارد مصاحبه انگیزشی است. مصاحبه انگیزشی یک راهکار تخصصی مشاوره است که انگیزه شخص را برای تغییر یک رفتار افزایش می‌دهد. مصاحبه انگیزشی راه‌کارهای مختلفی ارائه می‌دهد تا فرد از حالت عدم تفاوت به حالت آماده برسد. این راه‌کارها برای بسیاری از مشکلات بهداشتی مانند کاهش میزان الکل یا تغییر رفتارهای جنسی برای جلوگیری از ایدز مؤثر هستند.

شواهد موجود در مورد مداخلات انگیزشی مانند مصاحبه انگیزشی نشان می‌دهند این مداخلات میزان ترک را در افراد ناآماده افزایش می‌دهند و نه در افراد آماده. همچنین شواهد نشان می‌دهند این مداخلات مانند درمان‌های ترک مؤثر نیستند و مانایی ترک را نیز افزایش نمی‌دهند. شواهد دیگری نیز مؤید نیاز به مهارت بالا برای انجام این مداخلات دارد.

پس خوراند پایش فیزیولوژیک و شاخص‌های زیستی به منظور افزایش انگیزه ترک محققان به دنبال حل این مسئله هستند که آیا نشان دادن آثار استعمال دخانیات به افراد سیگاری می‌تواند در ایجاد انگیزه ترک در آنها مؤثر باشد یا خیر. یک مطالعه نشان داد که پس‌خوراند سطح تنفسی مونوکسیدکربن و ظرفیت‌های تنفسی و علائم ریوی منجر به احتمال بالاتری از اقدام به ترک در طی یک سال در افراد سیگاری می‌شود. ولی در مورد این مسئله که چگونه این پس‌خوراندها منجر به افزایش انگیزه در افراد مختلف می‌گردد، همچنان مبهم باقی مانده است.

زمینه‌های تحقیق آینده:

موضوعات ذیل نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

- بررسی میزان تأثیر ارائه مصاحبه انگیزشی و راهکارهای مربوط به عنوان یکی از خدمات بهداشتی اولیه.

- بررسی میزان تأثیر پس‌خوراند پایش فیزیولوژیک و شاخص‌های زیستی به منظور افزایش انگیزه ترک.

ب. دارو درمانی

توصیه: تمام بیمارانی که می‌خواهند سیگار خود را ترک کنند باید توسط پزشکان بالینی به استفاده از داروهای مؤثر تشویق شوند، البته موارد خاص را باید از این قانون مستثنی کرد (خانم‌های باردار، محصولات دخانی بدون دود، سیگاری‌های سبک، نوجوانان). (اعتبار شاهد= الف)

برای درمان وابستگی به دخانیات به بهترین شکل، همانند دیگر بیماری‌های مزمن نیاز به استفاده از ابزارهای متعدد است. در شیوه‌های درمانی ترکیبی، درمان دارویی از اجزاء اساسی درمان به شمار می‌رود. پزشک بالینی باید هر بیماری را که می‌خواهد سیگار را ترک کند، به استفاده از یک یا چند داروی مؤثر برای ترک، تشویق کند. البته به کارگیری دارو در بعضی گروه‌های خاص نیاز به ملاحظات ویژه‌ای دارد. (از قبیل کسانی که موارد منع مصرف پزشکی دارند، کسانی که روزانه کمتر از ۱۰ نخ سیگار مصرف می‌کنند، زنان باردار و شیرده و نوجوانان سیگاری). پانل ۷ داروی خط اول (بوپروپیون آهسته‌رهش، آدامس نیکوتین، نیکوتین استنشاقی، اسپری بینی نیکوتین، قرص زیرزبانی نیکوتین، چسب پوستی نیکوتین و وارنیکلین) و دو داروی خط دوم (کلونیدین و نورتریپتیلین) را برای ترک مصرف سیگار پیشنهاد کرده است. ثابت شده است که هر دو گروه دارویی، میزان پرهیز طولانی‌مدت را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهند. درمان‌های دارویی دیگری که دارای پشتوانه علمی باشند، مشخص نگردیده است. برای مطالعه متاآنالیز درمان دارویی، مطالعات به صورتی طرح‌ریزی شده است تا بتوان گروه‌هایی که از یک داروی مشخص استفاده می‌کنند با گروهی که از دارونما استفاده می‌کنند، مورد مقایسه قرار داد.

نظر به وجود تفاوت‌های اساسی در شیوه مطالعات مختلف، مقایسه نتایج به دست آمده کاری نامناسب است. مطالعه متاآنالیز دارو درمانی غالباً حاصل مطالعات بر روی جمعیت‌های داوطلب است. به علاوه در این مطالعات هر دو گروه مورد مقایسه، از مشاوره بهره برده‌اند که این هر دو عامل باعث می‌شود که میزان‌های پرهیز در گروه مرجع (گروهی که از دارونما استفاده کرده‌اند) نسبت به افرادی که شخصاً بدون هیچ کمکی ترک کرده‌اند، بالاتر باشد.

توصیه‌هایی در زمینه درمان دارویی

ثابت شده است که داروهای خط اول درمان برای درمان وابستگی به دخانیات، ایمن و مفید بوده‌اند و استفاده از آنها مورد تأیید FDA می‌باشد، بنا بر گزارش‌های تجربی، داروهای خط اول مؤثر بوده و جز در موارد خاصی که منع مصرف داشته باشند، باید از آنها به عنوان بخشی از درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، استفاده شود. در جدول ۶-۲۵ طول دوره درمان بر حسب نوع و مقدار دارو برای پنج دارو خط اول درمان ذکر شده است.

جدول ۶-۲۵: طول دوره درمان و مقدار دارو برای پنج دارو خط اول درمان

دارو	دوره درمان	مقدار دارو
برچسب پوستی	دوره درمان عادی	۶ تا ۱۴ هفته
	دوره درمان طولانی	بیش از ۱۴ هفته
	میزان مصرف	۱۵ میلی‌گرم/۱۶ ساعت ۲۱ میلی‌گرم/۲۴ ساعت
	میزان مصرف بالا	بیش از ۲۵ میلی‌گرم روزانه
قرص جویدنی/آدامس	دوره درمان عادی	۶ تا ۱۴ هفته
	دوره درمان طولانی	بیش از ۱۴ هفته
اسپری بینی/افشانه	دوره درمان عادی	تا شش ماه
	دوره درمان طولانی	بیش از شش ماه
بوپروپیون آهسته‌رهش	دوره درمان عادی	تا ۱۴ هفته
	میزان مصرف روزانه	۱۵۰ میلی‌گرم یک یا دو بار روزانه
وارنیکلین	دوره درمان عادی	تا ۱۴ هفته
	میزان مصرف روزانه	یک میلی‌گرم یک یا دو بار روزانه

در جدول ۶-۲۶ مقایسه‌ای از انواع درمان‌های دارویی با دارونما و همچنین با درمان‌های ترکیبی از نظر نسبت شانس و میزان پرهیز تخمینی هر یک آورده شده است.

جدول ۲۶-۶ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارآیی و میزان‌های تخمینی پرهیز ناشی از داروهای مختلف و درمان ترکیبی در طی شش ماه پرهیز (تعداد=۸۳ مطالعه)

میزان پرهیز تخمینی	نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	دارو
۱۳/۸	۱/۰	۸۰	دارونما
درمان تک دارویی			
۳۲/۲ (۲۸/۹، ۳۷/۸)	۳/۱ (۲/۵، ۳/۸)	۵	وارنیکلین ۲ میلی گرم/ روزانه
۲۶/۷ (۲۱/۵، ۳۲/۷)	۲/۳ (۱/۷، ۳/۰)	۴	اسپری بینی نیکوتین
۲۶/۵ (۲۱/۳، ۳۲/۵)	۲/۳ (۱/۷، ۳/۰)	۴	برچسب پوستی با دوز بالا (بیش از ۲۵ میلی گرم)
۲۶/۱ (۱۹/۷، ۳۱/۶)	۲/۲ (۱/۵، ۳/۲)	۶	قرص جویدنی بیش از ۱۴ هفته
۲۵/۴ (۱۹/۶، ۳۲/۲)	۲/۱ (۱/۵، ۳/۰)	۳	وارنیکلین ۱ میلی گرم/ روزانه
۲۴/۸ (۱۹/۱، ۳۱/۶)	۲/۱ (۱/۵، ۲/۹)	۶	افشانه نیکوتین
۲۵/۰ (۱۵/۷، ۳۷/۳)	۲/۱ (۱/۲، ۳/۷)	۳	کلونیدین
۲۴/۲ (۲۲/۲، ۲۶/۴)	۲/۰ (۱/۸، ۲/۲)	۲۶	بوپروپیون آهسته رهش
۲۳/۴ (۲۱/۳، ۲۵/۸)	۱/۹ (۱/۷، ۲/۲)	۳۲	برچسب پوستی ۶ تا ۱۴ هفته
۲۳/۷ (۲۱/۰، ۲۶/۶)	۱/۹ (۱/۷، ۲/۳)	۱۰	برچسب پوستی بیش از ۱۴ هفته
۲۲/۵ (۱۶/۸، ۲۹/۴)	۱/۸ (۱/۳، ۲/۶)	۵	نورتریتیلین
۱۹/۰ (۱۶/۵، ۲۱/۹)	۱/۵ (۱/۲، ۱/۷)	۱۵	قرص جویدنی نیکوتین ۶ تا ۱۴ هفته
درمان ترکیبی			
۳۶/۵ (۲۸/۶، ۴۵/۳)	۳/۶ (۲/۵، ۵/۲)	۳	برچسب پوستی بیش از ۱۴ هفته و قرص جویدنی یا اسپری
۲۸/۹ (۲۳/۵، ۳۵/۱)	۲/۵ (۱/۹، ۳/۴)	۳	برچسب پوستی و بوپروپیون آهسته رهش
۲۷/۳ (۱۷/۲، ۴۰/۴)	۲/۳ (۱/۳، ۴/۲)	۲	برچسب پوستی و نورتریتیلین
۲۵/۸ (۱۷/۴، ۳۶/۵)	۲/۲ (۱/۳، ۳/۶)	۲	برچسب پوستی و افشانه نیکوتین
۲۴/۳ (۱۶/۱، ۳۵/۰)	۲/۰ (۱/۲، ۳/۴)	۳	برچسب پوستی و ضد افسردگی نسل دوم (پاروکستین، ولافاکسین)

داروهای غیر مؤثر			
۱۳/۷ (۱۰/۲، ۱۸/۰)	۱/۰ (۰/۷، ۱/۴)	۳	مهارکننده باز جذب سروتونین
۷/۳ (۳/۱، ۱۶/۲)	۰/۵ (۰/۲، ۱/۲)	۲	نالترکسون

بوپروپیون آهسته‌رهش (Bupropion SR)

توصیه: بوپروپیون آهسته‌رهش درمانی مؤثر برای ترک دخانیات بوده و بیماران باید به مصرف آن ترغیب شوند. (اعتبار شاهد= الف)

بوپروپیون اولین داروی غیرنیکوتینی است که برای ترک مصرف دخانیات مؤثر شناخته شده است و مصرف آن نیز از سال ۱۹۹۷ توسط FDA مورد تأیید قرار گرفته است. ظاهراً مکانیزم اثر آن به واسطه قدرت این دارو برای مهار بازجذب دوپامین و نوراپی نفرین در گیرنده‌های عصبی می‌باشد. استفاده از بوپروپیون برای گروه‌های زیر منع مصرف دارد: ۱- بیماران با سابقه بیماری‌های تشنجی. ۲- بیمارانی که سابقه قبلی و یا اخیر بی‌اشتهایی عصبی و بولمیا دارند. ۳- کسانی که طی ۱۴ روز گذشته از داروهای مونوآمینواکسید استفاده کرده‌اند. می‌توان از این دارو هم‌زمان با داروهای جایگزین نیکوتین استفاده کرد.

برای تحلیل نتایج مقایسه میان بوپروپیون اس‌آر و دارونما، در تعدادی از مطالعات که در مکان‌های مختلف انجام شده بود، واجد معیار انتخابی بودند. نتایج این تحلیل در جدول ۲۶- ۶ آمده است. طبق این تحلیل، استفاده از بوپروپیون، میزان‌های پرهیز طولانی‌مدت (بیش از ۵ ماه) را در مقایسه با دارونما تا حدود ۲ برابر افزایش می‌دهد. پیشنهادات و توصیه‌هایی در مورد نحوه مصرف کلینیکی بوپروپیون آهسته‌رهش در جدول ۳-۳ آورده شده است.

داروهای جایگزین نیکوتین

داروهای جایگزین نیکوتین به این منظور مصرف می‌شوند تا هم تا حدی جایگزین نیکوتین سیگار شوند و هم از شدت علائم ترک کاسته شود.

قرص جویدنی/آدامس نیکوتین (Nicotine gum)

توصیه: آدامس نیکوتینی در بیمارانی که به مصرف آن ترغیب شده‌اند، دارویی مؤثر برای ترک مصرف دخانیات بوده است. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: پزشکان بالینی باید به بیمارانی که وابستگی شدید به نیکوتین دارند، به جای آدامس ۲ میلی‌گرم، آدامس ۴ میلی‌گرمی را توصیه کنند. (اعتبار شاهد=ب) آدامس نیکوتین در حال حاضر به صورت آزاد و بدون نسخه در دسترس می‌باشد. دستورات لازم برای استفاده صحیح از این دارو در بسته‌بندی آن وجود دارد که حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه صحیح جویدن آدامس می‌باشد. پیشنهادات و توصیه‌های لازم در مورد نحوه مصرف کلینیکی آدامس نیکوتین در جدول ۳-۴ آورده شده است. ۱۴ مطالعه، معیارهای انتخابی لازم را داشتند و در این تحلیل جهت مقایسه آدامس نیکوتینی و دارونما، مورد استفاده قرار گرفتند. در دو مطالعه ۵۴ هفته و در بقیه مطالعات ۲۴ تا ۲۶ هفته بیمارانی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این تحلیل در جدول ۶-۲۶ آورده شده است.

براساس نسبت شانس در این مطالعه، آدامس نیکوتینی شانس پرهیز طولانی مدت را ۵۰ درصد نسبت به دارونما افزایش می‌دهد. علاوه بر این، مرور دقیق منابع، تأثیر بیشتر آدامس ۴ میلی‌گرمی را در بیمارانی که شدیداً به نیکوتین وابسته هستند، نسبت به آدامس ۲ میلی‌گرمی نشان می‌دهد.

افشانه نیکوتین (Nicotine Inhaler)

توصیه: نیکوتین استنشاقی، درمانی مؤثر برای ترک مصرف دخانیات می‌باشد و باید بیمارانی را به استفاده از آن ترغیب کرد. (اعتبار شاهد=الف) نیکوتین استنشاقی در حال حاضر منحصراً با نسخه پزشک عرضه می‌شود. پیشنهادات و توصیه‌ها در مورد نحوه استفاده بالینی نیکوتین استنشاقی در جدول ۵-۳ آورده شده است. افشانه نیکوتین ماده مؤثر را به اوروفارنکس منتقل می‌کند. ۶ مطالعه معیار انتخابی لازم را دارا بودند و در تحلیل جهت مقایسه نیکوتین استنشاقی و دارونما مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج این تحلیل در جدول ۶-۲۶ آورده شده است. این تحلیل نشان می‌دهد که نیکوتین به صورت استنشاقی، میزان پرهیز طولانی مدت را نسبت به دارونما (به صورت استنشاقی) تا دو برابر افزایش می‌دهد.

قرص زیرزبانی نیکوتین (Nicotine Lozenge)

توصیه: قرص زیرزبانی نیکوتین، درمانی مؤثر برای ترک مصرف دخانیات می‌باشد و باید بیماران را به استفاده از آن ترغیب کرد. (اعتبار شاهد= الف)

قرص زیرزبانی نیکوتین در حال حاضر منحصراً با نسخه پزشک عرضه می‌شود. پیشنهادات و توصیه‌ها در مورد نحوه استفاده بالینی نیکوتین استنشاقی در جدول ۶-۳ آورده شده است. تنها یک مطالعه در مورد تأثیر قرص زیرزبانی نیکوتین مورد بررسی قرار گرفت و به همین دلیل در جدول ۶-۲۶ وارد نگردید. میزان تأثیر این دارو در جدول ۶-۲۷ نشان داده شده است.

جدول ۶-۲۷: تأثیر قرص زیرزبانی نیکوتین. نتایج حاصل از یک مطالعه

میزان پرهیز در شش ماه، دارونما و قرص زیرزبانی	نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	دوز دارو
۱۴/۴، ۲۴/۲	۲/۰ (۱/۴، ۱/۸)	۴۵۸/۴۵۹	۲ میلی‌گرم
۱۰/۲، ۲۳/۶	۱/۷ (۱/۳، ۲/۱)	۴۵۱/۴۵۰	۴ میلی‌گرم

اسپری بینی نیکوتین (Nicotine Nasal Spray)

توصیه: اسپری بینی نیکوتین یک درمان مؤثر جهت ترک مصرف دخانیات می‌باشد و باید بیماران را به استفاده از آن ترغیب کرد. (اعتبار شاهد= الف)

اسپری بینی نیکوتین منحصراً از طریق نسخه قابل تجویز است. پیشنهادات و توصیه‌های لازم در مورد نحوه استفاده کلینیکی از این دارو در جدول ۶-۷ آورده شده است. نتایج تحلیل در جدول ۶-۲۶ آورده شده است. این تحلیل نشان می‌دهد که اسپری بینی نیکوتین، میزان‌های پرهیز طولانی مدت را در مقایسه با دارونما ۲ برابر می‌کند.

برچسب پوستی نیکوتین (Nicotine Patch)

توصیه: برچسب نیکوتین یک درمان مؤثر برای ترک مصرف دخانیات می‌باشد و بنابراین بایستی بیماران را به استفاده از آن ترغیب کرد. (اعتبار شاهد= الف).

برچسب پوستی نیکوتین هم به صورت آزاد و هم با نسخه عرضه می‌شود. پیشنهادات و توصیه‌های لازم در مورد نحوه مصرف این دارو در جدول ۸-۳ آورده شده است. ۳۲ مطالعه معیارهای انتخاب را واجد بودند و در تحلیل برای مقایسه چسب نیکوتین و دارونما مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج این تحلیل در جدول ۲۶-۶ آمده است. این تحلیل نشان می‌دهد که این دارو میزان‌های پرهیز طولانی مدت را نسبت به دارونما تا حدود ۲ برابر افزایش می‌دهد. در این مطالعات دوز بالای برچسب پوستی نیکوتین زمانی به کار می‌رود که میزان دارو از ۲۵ میلی‌گرم روزانه فراتر رود و این امر غالباً با مصرف دو برچسب پوستی نیکوتین در روز ممکن می‌شود. همچنین در نیمی از مطالعات برچسب پوستی نیکوتین برای ۱۴ هفته و در نیم دیگر بیش از ۱۴ هفته به کار رفت. در مطالعه‌ای تاریخی، با بررسی نتایج مطالعات حاصل از ۱۵ سال مصرف برچسب پوستی نیکوتین، تغییری در افزایش میزان موفقیت آن به دست نیامد.

وارنیکلین (Varenicline)

توصیه: وارنیکلین یک درمان مؤثر برای ترک مصرف دخانیات می‌باشد و بنابراین بایستی بیماران را به استفاده از آن ترغیب کرد. (اعتبار شاهد= الف)

وارنیکلین داروی غیرنیکوتینی است که برای ترک مصرف دخانیات مؤثر شناخته شده است و مصرف آن نیز از سال ۲۰۰۶ توسط FDA مورد تأیید قرار گرفته است. ظاهراً مکانیزم اثر آن به واسطه اثر این دارو به عنوان آگونیست و آنتاگونیست گیرنده‌های نیکوتینی است. این دارو به خوبی توسط افراد سیگاری تحمل می‌شود هر چند دو مقاله اخیراً عدم تحمل این دارو را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی گزارش کرده‌اند. در مقابل یک مطالعه در مورد ترک سیگار با وارنیکلین در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال دوقطبی و سایکوز تحمل این دارو را در این بیماران گزارش کرده‌اند. مطابق گزارش FDA بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در مطالعاتی که منجر به تأیید این دارو شد، شرکت نکرده بودند. در فوریه ۲۰۰۸ FDA موارد احتیاط استفاده از دارو را گزارش نمود و اذعان داشت که خلق افسرده، تحریک پذیری، تغییرات رفتاری، تمایل به خودکشی و اقدام به آن از عوارض مصرف این دارو بوده است. مطابق این توصیه بیماران پیش از مصرف این دارو باید؛ ۱- به پزشک خود در مورد سابقه اختلالات روانی اطلاع دهند. ۲- پزشکان هر گونه تغییر در رفتار یا خلق در بیماران در طی مصرف وارنیکلین را تحت نظر داشته باشند.

به علت اینکه تقریباً تمام دفع این دارو از راه ادرار می‌باشد، مصرف این دارو در بیماران با مشکل حاد کلیوی (کلیرانس کراتینین کمتر از ۳۰ میلی‌گرم در دقیقه) با احتیاط باید باشد. وارنیکلین با نسخه در دسترس می‌باشد ولی به علت خاصیت آنتاگونیستی نباید با داروهای جایگزین نیکوتین مصرف گردد. مطالعات اخیر تأثیر نسبی بیشتر این دارو نسبت به بوپروپیون آهسته‌رهش را نشان می‌دهد. پیشنهادات و توصیه‌های لازم در مورد نحوه مصرف این دارو در جدول ۹-۳ آورده شده است.

میزان مصرف ۲ میلی‌گرم روزانه از این دارو، میزان توصیه شده می‌باشد، هر چند مقدار ۱ میلی‌گرم روزانه از این دارو نیز مؤثر می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۲۶-۶ نشان داده شده، مقدار ۱ میلی‌گرم روزانه میزان ترک را دو برابر و مقدار ۲ میلی‌گرم روزانه میزان ترک را سه برابر این میزان نسبت به دارونما می‌کند. این امر بیانگر این است که در صورت بروز عوارض دارو در کسانی که ۲ میلی‌گرم روزانه مصرف می‌کنند، می‌توان از مقدار ۱ میلی‌گرم روزانه به عنوان جایگزین استفاده کرد.

شواهد نشان می‌دهند استفاده از وارنیکلین به مدت یک سال به خوبی تحمل می‌شود و درمان طولانی‌مدت از احتمال عود کم می‌کند.

تداخلات داروهای خط اول درمان با سایر داروها

هدف درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات، پرهیز از مصرف این محصولات است. برای رسیدن به این هدف باید فرآیندهای اصلی روند درمان شناخته شوند و پیامدهای قطع مصرف نیکوتین بر روی ارگان‌های مختلف ارزیابی گردد. این امر به خصوص برای اشخاصی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند حیاتی است. هیدروکربن‌های آروماتیک چند حلقه‌ای موجود در دود سیگار از القاء‌کننده‌های ایزوفرم‌های سیتوکرم P450 کبدی هستند، در نتیجه بعد از ترک سیگار و بازگشت سیستم P450 به حالت ابتدایی، غلظت داروهایی که توسط این سیستم متابولیزه می‌شوند، افزایش می‌یابد. در همین راستا سیگاری‌هایی که اقدام به ترک کرده‌اند آثار جانبی مصرف بیش از حد داروهایی مانند کافئین، تئوفیلین، فلوواکسامین، اولانزاپین و کلوزاپین را تجربه خواهند کرد.

نیکوتین توسط CYP2A6 متابولیزه می‌شود. نیکوتین فعالیت سمپاتیک را بیشتر می‌کند و این مسئله باعث بی‌اثر شدن بنزودیازپین‌ها می‌شود. همچنین اثر تنگ‌کننده عروقی ناشی از نیکوتین باعث جذب کمتر انسولین زیر جلدی می‌شود. نیکوتین باعث کم‌اثر شدن

بتابلوکرها نیز می‌گردد. با اضافه یا کم شدن داروهای جایگزین نیکوتین، داروهای بالا نیز باید تغییرات لازم را پیدا کنند.

متابولیسم بوپروپیون با CYP2B6 کنترل می‌شود. سه نوع از داروها با بوپروپیون می‌توانند تداخل عمل داشته باشند. داروهای تأثیرگذار بر روی CYP2B6، داروهایی که توسط CYP2B6 متابولیز می‌شوند و مهارکننده‌های آنزیمی، داروهای تأثیرگذار بر روی CYP2B6 مثل سیکلوفسفامید (Cyclophosphamide) یا اورفنادرین (Orphenadrine) می‌توانند متابولیسم بوپروپیون را تغییر دهند. به دلیل متابولیسم وسیع بوپروپیون القاءکننده‌های آنزیم (Carbamazepine, Phenobarbital, Phenyton) و مهارکننده‌های آنزیم (Valproate, Cimetidine) غلظت پلاسمایی این دارو را تغییر می‌دهند. بوپروپیون آستانه تشنج را کاهش می‌دهد به همین دلیل مصرف این دارو در فاصله ۱۴ روز از مصرف مهارکننده‌های مونوآمینواکسیدازها ممنوع می‌باشد.

وارنیکلین تقریباً به صورت دست نخورده از کلیه‌ها دفع می‌شود و تغییر متابولیک خاصی ایجاد نمی‌کند. سایمتیدین فقط کمی میزان ترشح کلیوی این دارو را کاهش می‌دهد. تداخل دارویی خاصی با وارنیکلین گزارش نشده است.

توصیه‌هایی در مورد داروهای خط دوم درمان

داروهای خط دوم درمان، داروهایی هستند که شواهدی از کارایی آنها در درمان وابستگی به دخانیات وجود دارد ولی نسبت به داروهای خط اول دارای نقش محدودتری می‌باشند زیرا:

(۱) FDA این داروها را جهت درمان وابستگی به دخانیات تأیید نکرده است.

(۲) اثرات جانبی بیشتری نسبت به داروهای خط اول درمان دارند.

از داروهای خط دوم می‌توان بعد از مصرف داروهای خط اول، استفاده کرد. البته برای شروع این داروها در بیماران مختلف، تصمیمات متفاوتی توسط پزشک بالینی باید اتخاذ گردد. فهرست داروهای خط دوم به ترتیب الفبا آورده شده است. مطالعات متآنالیز هیچ یک را بر دیگری ارجح ندانسته است.

کلونیدین

توصیه: کلونیدین دارویی مؤثر برای ترک سیگار است. این دارو برای درمان وابستگی به دخانیات به عنوان داروی خط دوم درمانی زیر نظر پزشک قابل مصرف است. (اعتبارشاهد= الف)

سه مطالعه معیارهای انتخاب را دارا بودند و از آنها در تحلیل برای مقایسه کلونیدین و دارونما استفاده شد. تمام این مطالعات قبل از سال ۱۹۹۷ انجام شده بود. نتایج این تحلیل در جدول ۲۶-۶ نشان داده شده است. براساس این تحلیل، استفاده از کلونیدین میزانهای پرهیز را در مقایسه با دارونما تا حدود ۲ برابر افزایش می‌دهد. در این مطالعات از مقادیر متفاوت کلونیدین (۰/۱ میلی‌گرم تا ۰/۷۵ میلی‌گرم در روز) استفاده کرده‌اند. از دارو به صورت زیر جلدی یا خوراکی استفاده شده است. باید توجه داشت که قطع مصرف کلونیدین به طور یک‌باره، ممکن است علائمی چون عصبی شدن، پرخاشگری، سردرد و لرزش ایجاد کند. هم‌زمان یا متعاقب این علائم، افزایش ناگهانی فشار خون و بالا رفتن سطح کاتکول‌آمین‌ها در خون اتفاق می‌افتد.

از کلونیدین به عنوان داروی ضد فشار خون استفاده می‌گردد و تأثیر آن در جهت توقف مصرف سیگار توسط FDA تأیید نگردیده است. بنابراین پزشکان بالینی باید به همان اندازه که در مورد تجویز این دارو برای گروه‌های خاص، هوشیار باشند، عوارض جانبی احتمالی این دارو را نیز در نظر داشته باشند. نکته دیگر این است که تا به حال در مورد مقدار و نحوه مصرف این دارو، الگوی خاصی مطرح نشده است.

خطراتی که به دنبال قطع مصرف کلونیدین به صورت یک‌باره حادث می‌شود، متفاوت بودن مقادیر مصرفی پیشنهادی کلونیدین برای ترک سیگار و نداشتن تأیید FDA از جمله دلایلی است که به خاطر آن، پانل این دارو را جزو داروهای خط دوم قرار داده است.

به همین علت برای تجویز کلونیدین باید موارد زیر رعایت گردد:

- کلونیدین باید تحت نظر پزشک تجویز شود.
- برای بیمارانی تجویز گردد که قادر به استفاده از داروهای خط اول نباشند.
- به بیمارانی تجویز شود که به هیچ عنوان نتوانند با مصرف داروهای خط اول مصرف سیگار را قطع کنند.

پیشنهادات و توصیه‌ها در مورد مصرف کلینیکی کلونیدین در جدول ۱۰-۳ آورده شده است.

نورتريپتيلين (Nortriptyline)

توصیه: نورتريپتيلين يك درمان مؤثر برای توقف مصرف دخانیات است؛ از این رو می توان از این دارو به عنوان خط دوم درمان وابستگی به دخانیات استفاده کرد. (اعتبار شاهد= الف)

چهار مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه نورتريپتيلين و دارونما از آنها استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۲۶-۶ نشان داده شده است. میزان مصرف این دارو ۷۵ میلی گرم یا ۱۰۰ میلی گرم روزانه بوده است. براساس این تحلیل استفاده از نورتريپتيلين میزان های پرهیز را در مقایسه با دارونما افزایش می دهد. تا به حال این دارو به عنوان یک داروی ضدافسردگی مطرح بوده است و استفاده از آن برای توقف مصرف دخانیات مورد بررسی قرار نگرفته است. پزشکان بالینی باید در مورد ملاحظات خاص برای مصرف این دارو و در عین حال عوارض جانبی احتمالی آن، هوشیار باشند.

با توجه به اعتبار شواهد موجود در مورد توصیه به مصرف این دارو، عوارض جانبی احتمالی آن و فقدان تأیید FDA برای مصرف دارو، نورتريپتيلين به عنوان خط دوم درمان مطرح شده است؛ به همین علت این دارو باید تحت نظارت پزشک، برای بیمارانی استفاده شود که به علت عوارض جانبی داروهای خط اول نتوانند از آنها استفاده کنند و یا کسانی که به هیچ عنوان نتوانند با مصرف داروهای خط اول درمان مصرف سیگار را قطع کنند.

پیشنهادات و توصیه ها در مورد مصرف کلینیکی این دارو در جدول ۱۱-۳ آورده شده است.

ترکیب داروها

توصیه: استفاده از ترکیب معینی از داروها در درمان وابستگی به دخانیات مؤثر است و اگر بعضی بیماران با مصرف تنها یک داروی قادر به ترک نباشند، باید آنها را تشویق کرد که از ترکیب داروها به صورت زیر استفاده کنند:

- برچسب پوستی و قرص جویدنی یا اسپری بیش از ۱۴ هفته
- برچسب پوستی و افشانه
- برچسب پوستی و بوپروپیون (اعتبار شاهد= الف)

تعداد مطالعات مورد پذیرش در حد کافی بوده، ولی FDA تنها ترکیب برچسب پوستی و بوپروپیون را مورد تأیید قرار داده است.

برچسب پوستی و بوپروپیون

سه مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه برچسب پوستی و بوپروپیون با دارونما از آنها استفاده گردید. نتایج این تحلیل در جدول ۲۵-۶ نشان داده شده است.

برچسب پوستی و افشانه

دو مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه برچسب پوستی و افشانه با دارونما از آنها استفاده گردید. برچسب پوستی ۱۵ میلی گرمی در هر دو مطالعه استفاده گردید. طول درمان ۱۲ و ۱۶ هفته بود.

برچسب پوستی و قرص جویدنی یا اسپری بیش از ۱۴ هفته

سه مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه برچسب پوستی و جایگزین نیکوتین به انتخاب بیمار با دارونما از آنها استفاده گردید. طول دوره درمان ۱۸ تا ۲۴ هفته بود.

برچسب پوستی و نورتریپتیلین

دو مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه برچسب پوستی و نورتریپتیلین با دارونما از آنها استفاده گردید. طول دوره درمان ۸ تا ۱۴ هفته بود. برچسب پوستی ۲۱ میلی گرم روزانه و نورتریپتیلین ۷۵ تا ۱۰۰ میلی گرم روزانه مصرف شد.

برچسب پوستی و ضدافسردگی‌های نسل دوم

سه مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل برای مقایسه برچسب پوستی و ضدافسردگی‌های نسل دوم با دارونما از آنها استفاده گردید. طول دوره درمان ۶ تا ۸ هفته بود. برچسب پوستی ۲۱ میلی گرم روزانه و مهارکننده سروتونین (Venlafaxine) ۲۲ میلی گرم به مدت ۲۱ هفته مصرف شد.

تأثیر ترکیب دارویی

در جدول ۲۶-۶ تأثیر پنج ترکیب دارویی برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات نشان داده شده است. مطابق این جدول و مطالعات مربوط به آن ترکیب برچسب پوستی بیش از ۱۴ هفته و قرص جویدنی یا اسپری، برچسب پوستی و بوپروپیون آهسته‌رهش، برچسب پوستی و نورتریپتیلین، برچسب پوستی و افشانه نیکوتین و برچسب پوستی و ضدافسردگی

نسل دوم میزان ترک را نسبت به دارونما افزایش می‌دهند. در مطالعه مشابهی در طی ۱۲ ماه نتایج پرهیز از مصرف سیگار مشابه بود. تصمیم‌گیری در مورد نوع درمان ترکیبی به ملاحظات خاصی بستگی دارد. شواهد نشان می‌دهند که استفاده از دو داروی همزمان در از بین بردن نشانگان ترک مؤثرتر است. در عین حال انتخاب بیمار نیز بسیار مهم است زیرا از نظر عوارض جانبی و مخارج مربوط به تهیه دارو باید تصمیم بگیرد.

میزان تأثیر نسبی درمان‌های دارویی

اطلاعات در مورد میزان تأثیر نسبی درمان‌های دارویی می‌تواند به بیماران و پزشکان بالینی کمک کند تا انتخاب بهتری با توجه به وضعیت در زمان درمان انجام دهند. به این منظور اطلاعات موجود در مورد میزان موفقیت با داروهای مختلف که در جدول ۶-۲۶ آمده با برچسب پوستی نیکوتین مقایسه شده است. به علت اجتناب از خطای نوع اول از لحاظ آماری، مقایسه بین سایر داروها با یکدیگر انجام نشد. در بررسی‌های انجام گرفته نتایج حاصل از دو نوع از درمان‌های ارائه شده در مقایسه با برچسب پوستی نیکوتین تفاوت زیادی داشتند. وارنیکلین ۲ میلی‌گرم، برچسب پوستی و یک جایگزین دیگر نیکوتینی (قرص جویدنی یا اسپری) به صورت معنی‌داری از مصرف برچسب پوستی به تنهایی میزان پرهیز طولانی‌تری ایجاد می‌کردند. در سوی دیگر مهارکننده باز جذب سروتونین و نالترکسون کمترین میزان پرهیز طولانی‌تری ایجاد می‌کردند.

جدول ۶-۲۸ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های تخمینی پرهیز با داروهای مختلف در مقایسه با برچسب پوستی نیکوتین (تعداد = ۸۳ مطالعه)

نسبت شانس تخمینی	تعداد موارد	دارو
۱/۰	۳۲	دارونما
		درمان تک دارویی
۱/۶ (۱/۳، ۲/۰)	۵	وارنیکلین ۲ میلی‌گرم/ روزانه
۱/۲ (۰/۹، ۱/۶)	۴	اسپری بینی نیکوتین

۱/۲ (۰/۹، ۱/۶)	۴	برچسب پوستی با دوز بالا (بیش از ۲۵ میلی گرم)
۱/۲ (۰/۸، ۱/۷)	۶	قرص جویدنی بیش از ۱۴ هفته
۱/۱ (۰/۸، ۱/۶)	۳	وارنیکلین ۱ میلی گرم/ روزانه
۱/۱ (۰/۸، ۱/۵)	۶	افشانه نیکوتین
۱/۱ (۰/۶، ۲/۰)	۳	کلونیدین
۱/۰ (۰/۹، ۱/۲)	۲۶	بوپروپیون آهسته رهش
۱/۰ (۰/۹، ۱/۲)	۱۰	برچسب پوستی بیش از ۱۴ هفته
۰/۹ (۰/۶، ۱/۴)	۵	نورتریپتیلین
۰/۸ (۰/۶، ۱/۰)	۱۵	قرص جویدنی نیکوتین
۱/۹ (۱/۳، ۲/۷)	۳	برچسب پوستی بیش از ۱۴ هفته و قرص جویدنی یا اسپری
۱/۳ (۱/۰، ۱/۸)	۳	برچسب پوستی و بوپروپیون آهسته رهش
۰/۹ (۰/۶، ۱/۴)	۲	برچسب پوستی و نورتریپتیلین
۱/۱ (۰/۷، ۱/۹)	۲	برچسب پوستی و افشانه نیکوتین
۱/۰ (۰/۶، ۱/۷)	۳	برچسب پوستی و ضد افسردگی نسل دوم
		داروهای غیر مؤثر
۰/۵ (۰/۴، ۰/۷)	۳	مهارکننده باز جذب سروتونین
۰/۳ (۰/۱، ۰/۶)	۲	نالترکسون

مصرف داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک

در سال‌های اخیر مطالعاتی در مورد مصرف داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک انجام شده است. بعضی از این مطالعات در مورد اشخاصی بود که مایل به ترک نبودند و بعضی دیگر مربوط به سیگاری‌هایی می‌شد که مایل به کاهش تعداد سیگار خود بودند. مصرف داروهای جایگزین نیکوتین در طی سیگارکشیدن برخلاف توصیه‌های موجود در داخل بسته‌بندی‌های این محصولات است. با مرور مطالعات پانل به این نتیجه رسید که مصرف داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک میزان پرهیز را افزایش می‌دهد ولی ترجیح پانل این بود که این مطلب در قالب یک توصیه مطرح نگردد. در صورتی که بیماران داروهای

جایگزین نیکوتین را پیش از ترک مصرف کنند باید در مورد قطع مصرف این محصولات در صورت بروز عوارض دوز بالا (مانند؛ تهوع، استفراغ، سرگیجه) آموزش ببینند.

مصرف داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک در سیگاری‌هایی که قصد ترک دارند. دو مطالعه در مورد مصرف داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک در سیگاری‌هایی که قصد ترک دارند انجام گرفت. در یک مطالعه استفاده از برچسب پوستی ۱۴ روز قبل از روز ترک در مقابل دارونما مورد بررسی قرار گرفت و به دنبال ترک نیز هر دو گروه به مدت ۱۲ هفته دارو را دریافت کردند. گروهی که از برچسب پوستی ۱۴ روز قبل از روز ترک استفاده نمودند میزان پرهیز شش ماهه بالاتری داشتند. در مطالعه دیگری نیز این پرهیز بالاتر ولی به مدت یک ماه مورد تأیید قرار گرفت.

مصرف داروهای جایگزین نیکوتین در سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند. مطالعاتی در مورد مصرف داروهای جایگزین نیکوتین در سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند ولی مایل به کاهش تعداد نخ سیگار روزانه خود هستند انجام گرفته است. این مطالعات به این نتیجه رسیدند که مصرف داروهای جایگزین نیکوتین موجب افزایش انگیزه برای ترک و همچنین افزایش زمان پرهیز به دنبال ترک می‌شود. پنج مطالعه واجد معیار انتخابی برای مطالعه متاآنالیز استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین در سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند ولی مایل به کاهش تعداد نخ سیگار روزانه خود هستند انجام گرفت. مطابق جدول ۲۹-۶ استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین در سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند شانس موفقیت را بدون در نظر گرفتن میزان انگیزه برای ترک دو برابر نسبت به دارونما افزایش می‌دهد. داروهای جایگزین نیکوتین در این مطالعه قرص جویدنی نیکوتین (۲ یا ۴ میلی‌گرم به مدت ۶ تا ۱۲ ماه)، افشانه (۱۰ میلی‌گرم به مدت ۶ تا ۲۴ ماه)، برچسب پوستی (۱۶ساعته ۱۵ میلی‌گرم به مدت ۶ ماه) یا ترکیبی از این داروها بود.

به علت عوامل در نظر گرفته شده در کسانی که مشمول ورود در این مطالعه بودند، نمی‌توانیم یافته‌های این مطالعه متاآنالیز را برای تمام سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند ولی مایل به کاهش تعداد نخ سیگار روزانه خود هستند، یکسان در نظر گرفت. برای مثال در افرادی که مطابق جدول ۲۹-۶ در این مطالعه وارد شدند، مداخله‌ای برای ترک سیگار در نظر گرفته نشده بود. به همین دلیل مشخص نیست که این مداخله تنها برای سیگاری‌هایی که مایل به کاهش تعداد نخ سیگار روزانه خود هستند مفید است یا برای سیگاری‌هایی که

قصد ترک ندارند نیز سودمند خواهد بود. یک مطالعه Cochrane دیگر اخیراً به این نتیجه رسید که جایگزین‌های نیکوتین برای افرادی که در ابتدا انگیزه‌ای برای ترک سیگار نداشته‌اند، مفید است.

جدول ۲۹-۶: تأثیر و میزان پرهیز در اثر مصرف جایگزین‌های نیکوتین در سیگاری‌هایی که قصد ترک ندارند ولی مایل به کاهش تعداد نخ سیگار روزانه خود هستند.
(تعداد = ۵ مطالعه)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز در شش ماه، دارونما و قرص زیرزبانی
دارونما	۵	۱/۰ (۱/۴، ۱/۸)	۳/۶
جایگزین‌های نیکوتین	۵	۲/۵ (۱/۷، ۳/۷)	۸/۴ (۵/۹، ۱۲/۰)

درمان‌های دارویی که به وسیله پانل توصیه نمی‌شوند

داروهای ضدافسردگی به غیر از بوپروپیون آهسته‌رهش و نورتریپتیلین

مصرف دخانیات در افرادی که تاریخچه افسردگی دارند، شایع‌تر است و این افراد در مقایسه با گروه‌های دیگر، مشکلات بیشتری برای ترک دارند. یک نوع داروی ضدافسردگی به نام بوپروپیون آهسته‌رهش در درمان وابستگی به دخانیات مؤثر شناخته شده و به وسیله FDA تأیید گردیده است.

نورتریپتیلین نیز ظاهراً مؤثر می‌باشد، ولی توسط FDA برای درمان وابستگی به دخانیات مورد تأیید قرار نگرفته است. در مورد دیگر داروهای ضد افسردگی مثل سایر داروهای سه‌حلقه‌ای و مهارکننده انتخابی جذب سروتونین (SSRIS) نیز مطالعاتی انجام شده است ولی هیچ مقاله منتشر شده‌ای که واجد معیارهای انتخابی باشد، در حال حاضر در دست نیست. به علت کمبود داده‌ها، پانل هیچ توصیه‌ای را در مورد داروهای ضدافسردگی در توقف مصرف دخانیات مطرح نمی‌کند، مگر در مورد دو داروی ذکر شده یعنی بوپروپیون آهسته‌رهش به عنوان خط اول درمان و نورتریپتیلین به عنوان داروی خط دوم درمان.

ضد اضطراب‌ها - بنزودیازپین‌ها - مهارکننده‌های گیرنده بتا

مطالعات کمی در خصوص آرام‌بخش‌ها برای درمان توقف مصرف دخانیات، صورت گرفته است. در مورد پروپرانولول (بتابلوکر) و دیازپام (آنزیولیتیک) تأثیر سودمندی در مقایسه با گروه کنترل دیده نشده است.

از دو مطالعه که اثرات بوسپیرون (آنزیولیتیک) را مورد بررسی قرار داده بودند و معیار انتخابی را نیز داشتند، تنها یکی، شواهدی مبنی بر مؤثر بودن بوسپیرون نسبت به دارونما را نشان می‌داد.

به علت فقدان اطلاعات در مورد آنزیولیتیک‌ها مطالعات متاآنالیز صورت نگرفت و نتیجه‌ای قطعی هم در مورد کارایی این داروها بدست نیامد.

آنتاگونیست‌های اوبیوئید / نالترکسون (Naltrexone)

دو آزمایش بالینی تصادفی در مورد آنتاگونیست‌های اوبیوئید/ نالترکسون انجام شده است که معیارهای انتخابی را نیز واجد بودند. مطابق جدول ۲۶-۶ این داروها، اثرات سودمندی در زمینه توقف مصرف دخانیات نشان نداده‌اند. بنابراین شواهد کافی برای استفاده از این دارو به عنوان درمان اولیه و یا درمان تکمیلی وجود ندارد. همچنین از ترکیب برچسب پوستی و نالترکسون نیز که در یک مطالعه بررسی شده بود، معیارهای پذیرش حاصل نشده بود.

استات‌ها (Silve Acetate)

دو آزمایش بالینی تصادفی در مورد استات‌ها انجام شده است که معیارهای انتخابی را نیز واجد بودند. هیچ‌یک از این دو، اثرات سودمندی در زمینه توقف مصرف دخانیات نشان نداده‌اند. بنابراین شواهد کافی برای استفاده از این دارو به عنوان درمان اولیه و یا درمان تکمیلی وجود ندارد.

مکامیل‌آمین (Mecamyl amine)

دو مطالعه که واجد معیار انتخابی بوده‌اند، اثرات مکامیل‌آمین را در توقف مصرف دخانیات مورد مطالعه قرار داده‌اند. در مطالعه‌ای که تأثیر مکامیل‌آمین در مقابل دارونما مورد سنجش قرار گرفته بود، اثر مثبتی در مورد آن دیده نشد.

در دو مطالعه دیگر که مصرف همزمان دارو و برچسب پوستی نیکوتین در مقابل دارونما مورد سنجش قرار گرفته بود، تنها در یکی از دو مطالعه اختلاف محسوسی بین

مصرف‌کنندگان دارو و دارونما دیده می‌شد. با توجه به این موارد، پانل در مورد مصرف مکامیل‌آمین به تنهایی به نتیجه‌ای نرسید.

افزایش طول مدت درمان دارویی

شاید برای بعضی بیماران استفاده از دارو برای مدتی بیش از زمان توصیه شده، مناسب باشد. برخی از مطالعات متآنالیز صحت این تصور را تأیید می‌کنند. در مطالعه‌ای که مرکز بهداشت و سلامت ریه بر روی بیش از ۴۰۰۰ سیگاری با علائم ابتدایی بیماری‌های مزمن ریوی انجام داد، مشخص گردید در میان افرادی که ترک مستمر داشتند؛ ۳۸ درصد از زنان و ۳۰ درصد از مردان، قرص جویدنی نیکوتین را بعد از زمان توصیه شده نیز ادامه داده بودند. دیگر مطالعات نشان داد ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد موفق به ترک که دسترسی راحتی به قرص جویدنی نیکوتین داشته‌اند، برای مدت پنج سال به مصرف آن ادامه داده‌اند. هر چند که باید بیماران را به کنار گذاشتن دارو ترغیب کرد، ولی بدیهی است که مصرف دارو با این روش، به ادامه مصرف دخانیات ارجحیت دارد.

علت برتری مصرف دارو نسبت به مصرف دخانیات می‌تواند به دلایل زیر باشد:

الف: داروها حاوی مواد سمی غیرنیکوتینی (مثل قطران، منوکسیدکربن، فرمالدئید و بنزن) نیستند.

ب: افزایش ناگهانی در میزان نیکوتین خون ایجاد نمی‌کنند.

ج: باعث وابستگی شدید نمی‌شوند.

باید به خاطر داشت که مصرف طولانی مدت برچسب پوستی نیکوتین و یک داروی جایگزین دیگر نیکوتینی به انتخاب بیمار، مطابق جدول ۲۶-۶ بهترین نتایج را دارد.

استفاده از جایگزین‌های نیکوتین در بیماران قلبی عروقی

بلافاصله بعد از ورود برچسب پوستی نیکوتین به بازار، صحبت از احتمال ارتباط آن با بیماری‌های قلبی عروقی به میان آمد. متعاقباً مطالعاتی سازمان‌یافته راجع به این موضوع انجام شد.

تحلیل‌های مستقل ثابت کرده است که بین مصرف چسب نیکوتینی و حوادث حاد قلبی عروقی، ارتباطی وجود ندارد، حتی اگر در فواصل استفاده از چسب پوستی به طور متناوب از سیگار استفاده شود.

به علت عدم پوشش اطلاعاتی دقیق در گذشته به نظر می‌رسد آگاه کردن بیمارانی که مایل به استفاده از جایگزین‌های نیکوتینی در مورد فقدان شواهد افزایش بیماری‌های قلبی عروقی به واسطه این داروها، امری ضروری باشد. (جدول ۳-۳ تا ۳-۱۱)

زمینه‌های تحقیق در آینده

- موضوعات زیر در مورد درمان دارویی نیاز به تحقیق بیشتر دارند:
- تأثیر نسبی و ایمن بودن ۷ داروی خط اول درمانی مورد تأیید FDA برای عموم مصرف‌کنندگان و برای گروه‌های خاص جمعیتی (مثل زنان، نوجوانان، مصرف‌کنندگان دخانیاتی بدون دود، بیماران افسرده و بیمارانی که تازه از سگته قلبی بهبود یافته‌اند).
 - درمان چند دارویی در وابستگی به دخانیات برای عموم مصرف‌کنندگان و گروه‌های خاص جمعیتی (مثل سیگاری‌های با وابستگی بالا).
 - مصرف طولانی مدت دارو برای درمان وابستگی به دخانیات.
 - تأثیر استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین پیش از ترک کامل.
 - کارایی و تأثیر قرص زیرزبانی نیکوتین در درمان وابستگی به دخانیات.
 - کارایی بوسپیرون در درمان وابستگی به دخانیات.
 - راه‌کارهای از بین بردن باورهای اشتباه در مورد داروهای جایگزین نیکوتین.
 - مصرف دیگر داروهای مهارکننده مونوآمینوآکسیداز در درمان وابستگی به دخانیات خصوصاً در بیماران افسرده.

مداخلات دارویی با داروهای روی پیشخوان

توصیه: درمان با برچسب‌های پوستی نیکوتین که روی پیشخوان داروخانه‌ها وجود دارند بیش از دارونما مؤثر هستند و مصرف باید توصیه گردد. (اعتبار شاهد=ب)

هیچ مطالعه‌ای در مورد استفاده از برچسب‌های پوستی نیکوتین که روی پیشخوان داروخانه‌ها وجود دارند در مقایسه با دارونما در سال ۲۰۰۸ به کتاب راهنما اضافه نشد. براساس راهنمای سال ۲۰۰۰ سه مطالعه شاهد-کنترل با شش شرکت‌کننده که شاخصهای انتخاب را داشتند، مداخلات دارودرمانی در اماکنی با امکان تجویز داروهای روی پیشخوان مورد قبول پانل قرار گرفت. این سه مطالعه خصوصاً اثر برچسب پوستی را در مقایسه با دارونما مقایسه کردند. تنها درمان کمکی در این سه مطالعه یک کتابچه جیبی، دستورات

مصرف درون بسته‌ها یا دستورات نوشته شده برای مصرف برچسبهای پوستی بود. مطابق نتایج این مطالعات که در جدول ۳۰-۶ آورده شده، مصرف برچسب پوستی نیکوتین در اماکنی که دارو روی پیشخوان داروخانه‌ها بود تقریباً میزان ترک را در مقایسه با دارونما دو برابر نمود. مطالعات اندکی در اماکنی که دارو آزادانه ارائه می‌شد و بررسی امکان داشت در مورد سایر درمان‌های دارویی انجام گرفته است.

از طرف FDA قرص‌های جویدنی و برچسب‌های پوستی نیکوتین به عنوان داروهای روی پیشخوان داروخانه‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. این محصولات قبلاً به صورت برچسب پوستی و قرص جویدنی فقط از طریق نسخه پزشک در دسترس بودند. اگر چه موقعیت فراهم نمودن آسان این فرآورده‌ها، دسترسی و استفاده از این داروها را افزایش داده‌اند، این امر مسئولیت پزشکان بالینی برای انجام مداخلات یا بیمه‌گران و سازمانهای بهداشتی را برای پوشش هزینه‌های این داروها کم نمی‌کند. علاوه بر این، دسترسی به عنوان دارویی روی پیشخوان داروخانه‌ها مسئولیت کادر غیرپزشکی را برای انجام مداخلات درمانی برای وابستگی به دخانیات را افزایش می‌دهد.

جدول ۳۰-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از استفاده از برچسب پوستی نیکوتین به صورت بدون نسخه (تعداد = ۳ مطالعه)

درمان دارویی بدون نسخه	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
دارونما	۳	۱/۰	۶/۷
برچسب پوستی نیکوتین	۳	۱/۸ (۱/۲، ۲/۸)	۱۱/۸ (۷/۵، ۱۶/۰)

زمینه‌های تحقیق در آینده

مباحث مهم برای تحقیقات آینده عبارتند از:

- تأثیر برچسب‌های نیکوتین، قرص‌های زیرزبانی و قرص‌های جویدنی وقتی به عنوان دارویی روی پیشخوان داروخانه‌ها در دسترس هستند.
- مقدار مجازی که مطابق آن بیماران می‌توانند داروهای روی پیشخوان داروخانه‌ها را مصرف کنند.

- مقدار مجازی که در آن تأثیر داروهای بدون نسخه با درمان‌های کمکی تقویت می‌شوند (مثلاً، مشاوره داروساز، مشاوره تلفنی، منابع کامپیوتری قابل دسترسی، مداخلات پزشکان بالینی)
- مقدار مجازی که در آن استفاده از داروهای بدون نسخه باعث کاهش یا افزایش مصرف سایر درمان‌ها توسط جمعیت‌های خاص بیماران می‌شود.

ج. شواهد مربوط به خدمات بهداشتی

آموزش پزشکان بالینی و روش‌های پیگیری

توصیه: تمام پزشکان بالینی در دوره آموزشی باید استراتژی‌های مؤثری را بیاموزند تا بتوانند تمایل افراد سیگاری به ترک را بسنجند و همچنین به افرادی که دارای انگیزه به منظور ترک کمک کنند. دوره‌های آموزش زمانی مؤثرتر خواهند بود که همراه با حمایت خدمات بهداشتی باشند. (اعتبار شاهد=ب)

مطالعات بسیاری در درجه بر روی آموزش پزشکان بالینی و تأثیر آن تکیه داشته‌اند. بسیاری از این مطالعات تأثیر آموزش را همزمان با سایر تغییرات در خدمات بهداشتی در نظر گرفته‌اند مثل آموزش کارمندان و سایر اعضاء موجود در سیستم بهداشتی. مطابق نتایج این مطالعات، دوره‌های آموزشی زمانی که همراه با سایر تغییرات در سیستم بهداشتی اجرا شود بسیار مؤثرتر هستند. جدول ۳۱-۶ نتایج مطالعات در مورد پیامدهای دوره‌های آموزشی پزشکان بالینی را نشان می‌دهد. تنها دو مطالعه در این مورد در دسترس بوده است و به همین دلیل پانل تصمیم گرفت تا میزان اعتبار شاهد پیشنهادی خود را «ب» در نظر بگیرد.

جدول ۳۱-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از

آموزش پزشکان بالینی (تعداد= ۲ مطالعه)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۲	۱/۰	۶/۴
آموزش پزشکان بالینی	۲	۲/۰ (۱/۲، ۳/۴)	۱۲/۰ (۷/۶، ۱۸/۶)

آموزش باید در قالب دوره‌های آموزشی و عملی برای پزشکان بالینی اجرا گردد. پانل به این مسئله را پی برد که دانشکده‌های پزشکی به طور مداوم آموزشی جهت دوره‌های مداخله‌ای درمان مصرف دخانیات ارائه نمی‌دهند، به همین خاطر توصیه نموده است که یک واحد درسی مشخص برای درمان وابستگی به دخانیات جزئی از آموزش دانشجویان پزشکی باشد. این دوره آموزشی می‌تواند جزئی از درس پزشکی پیشگیری یا درمان سوء مصرف مواد یا یک کلاس جداگانه باشد.

در جدول ۶-۳۲ نشان داده شده که آموزش پزشکان بالینی موجب افزایش اقدام به ترک، مشاوره در مورد ترک، مشاوره در مورد پیشگیری و مطالب مشابه می‌شود.

جدول ۶-۳۲: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از آموزش پزشکان بالینی بر میزان ارائه خدمات (تعداد=۲ مطالعه)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۲	۱/۰	۳۶/۲
آموزش پزشکان بالینی	۲	۳/۲ (۲/۰، ۵/۲)	۶۴/۷ (۵۳/۱، ۷۴/۸)

همچنین در جدول ۶-۳۳ نشان داده شده که آموزش پزشکان بالینی موجب افزایش ارزیابی افراد سیگاری در مورد وضعیت مصرف دخانیات می‌شود.

جدول ۶-۳۳: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از آموزش پزشکان بالینی بر میزان ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات (تعداد مطالعه=۳)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۳	۱/۰	۵۸/۸
آموزش پزشکان بالینی	۳	۲/۱ (۱/۹، ۲/۴)	۷۵/۲ (۷۲/۷، ۷۷/۶)

در جداول ۶-۳۴، ۶-۳۵، ۶-۳۶ نشان داده شده که آموزش پزشکان بالینی موجب افزایش میزان تعیین روز خاصی برای ترک، تدارک داروهای مورد نیاز برای ترک از سوی پزشکان بالینی و پیگیری پس از ترک در مورد وضعیت مصرف دخانیات می‌شود.

جدول ۳۴-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از آموزش پزشکان بالینی بر میزان تعیین روز ترک (تعداد مطالعه=۲)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۲	۱/۰	۱۱/۴
آموزش پزشکان بالینی	۲	۵/۵ (۴/۱، ۷/۴)	۴۱/۴ (۳۴/۴، ۴۸/۸)

جدول ۳۵-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از آموزش پزشکان بالینی بر میزان ارائه خدمات ترک از سوی پزشکان (تعداد مطالعه=۲)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۲	۱/۰	۸/۷
آموزش پزشکان بالینی	۲	۴/۲ (۳/۴، ۵/۳)	۲۸/۶ (۲۴/۳، ۳۳/۴)

جدول ۳۶-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارایی و میزان‌های پرهیز تخمینی حاصل از آموزش پزشکان بالینی بر میزان پیگیری بعد از ترک (تعداد مطالعه=۳)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون مداخله	۲	۱/۰	۶/۷
آموزش پزشکان بالینی	۲	۲/۷ (۱/۹، ۳/۹)	۱۶/۳ (۱۱/۸، ۲۲/۱)

پزشکان در حال کار نیز از فواید ادامه تحصیلات در مورد درمان مصرف و وابستگی به دخانیات سود خواهند برد. این راهنما توصیه می‌نماید پزشکان بالینی به خاطر درمان وابستگی به دخانیاتی که انجام می‌دهند حق‌الزحمه دریافت کنند و همچنین فعالیت‌های مداخله‌ای آنها مورد پیگیری قرار گیرد. به طور قطع هرکدام از این سیاست‌های بهداشتی و راهبردی در فعالیت‌های کنترل دخانیات می‌توانند میزان علاقه پزشکان بالینی به فراگیری و به کارگیری این آموزش‌ها را ارتقاء دهند.

بسیاری از عوامل می‌توانند باعث پیشبرد فعالیت‌های مداخله‌ای کنترل مصرف دخانیات در میان پزشکان بالینی شوند. از مهمترین این عوامل می‌توان به موارد زیر اشاره کنیم: فراگیری و گنجاندن آموزش‌ها و دوره‌های آموزشی درمان‌های وابستگی به دخانیات در تقویم مدون برنامه‌های آموزشی، فراگیری و نیاز به آموزش درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در آزمون‌های ارتقاء و اعطاء پروانه برای تمام پزشکان بالینی و وفاق تخصصی و تدوین روش‌های درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی برای تمام گروه‌های درمانی. همچنین پزشکانی که اخیراً خودشان مصرف یکی از محصولات دخانی را شروع کرده‌اند یا از قبل محصولات دخانی را مصرف می‌کردند، باید به یکی از برنامه‌های درمانی مراجعه و جهت توقف دائمی مصرف خود اقدام نمایند. پزشکان نقش بسیار مهمی به عنوان یک الگو برای بیماران‌شان ایفاء می‌کنند. بنابراین، این مسئله دلگرم‌کننده است که بسیاری از متخصصین مصرف دخانیات خود را در طی ۴۰ سال گذشته به طور محسوسی کاهش داده‌اند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- مطالب زیر در مورد آموزش پزشکان نیاز به تحقیقات اضافی دارند.
- تأثیر برنامه‌های آموزشی برای سایر اعضاء کادر پزشکی مثل پرستاران، روانشناسان، دندانپزشکان (شامل بهداشتکاران دهان و دندان) و اشخاصی که در بخش خیریه مشغول به کار هستند و داروسازان.
 - ابزارهای مؤثر برای موفقیت بیشتر یک برنامه آموزشی مثل ادامه تحصیلات پزشکی و یا استفاده از اجزاء تشکیل‌دهنده‌ای دیگر نظام آموزشی.
 - تأثیر تغییرات در نظام ارائه خدمات بهداشتی، مثل ایجاد نظام یادآوری کننده خدمات ترک، نظام پیگیری بیماران سیگاری یا نظام آموزش پزشکان بالینی.

مقرون به صرفه بودن درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات

توصیه: درمان‌های ترک سیگار که در این راهنما مفید معرفی شده‌اند (هم درمان دارویی و هم مشاوره) در مقایسه با سایر درمان‌های رایج بسیار مقرون به صرفه‌تر هستند و باید به تمام سیگاری‌ها عرضه گردند. (اعتبار شاهد= الف)

توصیه: منابع مالی مناسب باید جهت حمایت خدمات بهداشتی به منظور ارائه مناسب خدمات ترک سیگار لازم باید تخصیص یابد. (اعتبار شاهد= ج)

در گزارشی که مرکز بیماری‌های غیرواگیر ایالات متحده آمریکا منتشر نموده مصرف دخانیات سالانه ۹۶ میلیارد دلار از لحاظ خدمات درمانی و ۹۷ میلیارد دلار از بابت کاهش بهره‌وری هزینه دارد. طیف درمان‌های ترک سیگار از نصیحت مختصر پزشکان بالینی تا برنامه‌های متمرکز متخصصین، شامل درمان دارویی، فقط از نظر بالینی مؤثر نیستند، بلکه از نظر اقتصادی نیز این طیف از خدمات، در مقایسه با مداخلات پیشگیری برای سایر بیماری‌های رایج و درمان‌های پزشکی، بسیار مقرون به صرفه می‌باشند. مرور مقالات در این مورد نشان می‌دهد درمان ترک سیگار قابل مقایسه با سایر مداخلات پزشکی رایج مثل درمان هیپرتانسیون و هایپرکلسترولمی و همین‌طور مداخلات غربالگری پیشگیرانه مثل ماموگرافی سالانه یا پاپ اسمیر می‌باشد. آموزش درمان مصرف و وابستگی به دخانیات خصوصاً از نظر اقتصادی حائز اهمیت است و این بدین خاطر است که این امر می‌تواند از بروز بسیاری بیماری‌های مزمن پر هزینه مثل بیماری‌های قلبی، سرطان و بیماری‌های ریوی جلوگیری کند. در اصل، درمان ترک سیگار به عنوان «استاندارد طلایی» برای مداخلات پیشگیری در نظر گرفته می‌شود.

هزینه سال‌های زندگی با کیفیت تعدیل شده و هزینه درمان ترک سیگار

این مسئله مهم است که ترک سیگار همچنین از نظر مقرون به صرفه بودن در گروه‌های خاص مثل بیماران بستری در بیمارستان و خانم‌های باردار حایز اهمیت می‌باشد. برای بیماران بستری، ترک موفق نه تنها هزینه کلی درمان در کوتاه‌مدت را کاهش می‌دهد، بلکه تعداد دفعات بستری در آینده را نیز کم می‌کند. برنامه‌های ترک سیگار برای خانم‌های باردار خصوصاً مقرون به صرفه است زیرا استعمال دخانیات منجر به تولد نوزادان با وزن کم در زمان تولد و مرگ و میر نوزادی می‌شود و همین‌طور مشکلات جسمانی، شناختی و رفتاری در طی نوزادی و کودکی را در بر خواهد داشت و به این ترتیب ترک دخانیات متضمن فواید بهداشتی با اهمیتی برای مادران خواهد بود.

اگرچه اطلاعات نشان می‌دهند که از میان مداخلات بالینی، مداخلات متمرکز بسیار مقرون به صرفه‌تر از مداخلات غیرمتمرکز هستند، مداخلات برای سطح جامعه شاید از نظر مقرون به صرفه بودن ارجحیت بیشتری دارد. عدم موفقیت یک طرح بهداشتی برای پوشش درمان وابستگی به دخانیات، می‌تواند در حله اول منجر به کاهش دسترسی به این خدمات شود و در حله بعد کاهش تعداد افرادی که به دنبال این خدمات هستند را به دنبال خواهد داشت.

این امر اثبات شده است که وقتی مداخلات ترک سیگار به عنوان خدماتی با بودجه تضمین شده ارائه گردند، در مقایسه با زمانی که خدمات توسط هم‌پاری اداره شوند، تعداد مراجعین بیشتری خواهند داشت و باعث کاهش شیوع استعمال دخانیات می‌شوند. علاوه بر این، مطابق مطالعات انجام شده، هزینه رایگان و یا همراه با تخفیف برای داروهای تجویز شده نیز همراه با کاهش شیوع استعمال دخانیات می‌شود.

پزشکان بالینی اجرا کننده خدمات بهداشت اولیه اذعان می‌کنند که بازپرداخت ناکافی بیمه به عنوان مانعی است برای تدارک خدمات پیشگیری مثل درمان ترک سیگار. یک مطالعه ۸ ساله در مورد جنبه‌های اقتصادی حرفه پزشکی نشان می‌دهد که بازپرداخت مناسب به پزشکان از طرف بیمه در زمینه مراقبت‌های پیشگیری منجر به نتایجی مثل افزایش فعالیت‌های بدنی، افزایش استفاده از کمربند ایمنی، کاهش وزن و کاهش مصرف الکل و کاهش استعمال دخانیات شده است.

این امر در زمره بهترین دستاوردهای شرکت‌های بیمه و بخش‌های دولتی بهداشتی در یک منطقه جغرافیایی خاص باشد که توسط یک کار گروهی به این مسئله برسند که مداخلات درمانی وابستگی به دخانیات یک امر پیش‌بینی شده و تعریف شده باشد. این کار همچنین به سود اقتصادی ناشی از این خدمات اجازه می‌دهد که در سطح جامعه مورد استفاده قرار گیرد. ارائه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات باید از طریق اجرای موارد زیر افزایش یابد: (۱) توجه به طرح بهداشتی «کارت گزارش» که حمایت‌کننده اجرای مداخلات تشخیصی و درمان افراد سیگاری است. (۲) قانونی نمودن شاخص‌هایی که توسط JCAHO و سایر نهادهای قانونی مورد استفاده است که این شامل حضور سیاست‌های مؤثر ارزیابی و مداخله‌ای مصرف دخانیات می‌باشد.

توصیه: ارائه خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات تحت پوشش بیمه میزان استفاده از این خدمات، میزان اقدام به ترک و میزان ترک موفق را افزایش می‌دهد. بنابراین خدمات درمانی توصیه شده باید تحت پوشش خدمات بهداشتی عمومی و خصوصی قرار گیرند. (اعتبار شاهد = الف)

مطالعات زیادی در مورد ارائه خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات تحت پوشش بیمه انجام گرفته است. اکثر مطالعات انجام شده بیانگر این بودند که میزان اقدام به ترک و میزان ترک موفق بر اثر این خدمات افزایش می‌یابند. در مطالعه Cochrane که اخیراً انجام

شده، میزان گزارش‌دهی پرهیز بعد از ترک، ناشی از این خدمات، نیز افزایش یافته است. مطابق این گزارش از بین بردن موانع مالی درمان مصرف و وابستگی به دخانیات میزان ترک موفق را افزایش می‌دهد.

سه مطالعه در سال ۲۰۰۸ در مورد ارائه خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات تحت پوشش بیمه انجام گرفته است که واجد شرایط بررسی توسط پانل بوده‌اند. سه متغیر مختلف در این مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است که شامل: میزان استفاده از خدمات ترک، میزان اقدام به ترک و میزان ترک موفق بوده‌اند. نتایج این مطالعات مطابق جدول ۶-۳۷ تا ۶-۳۹ نشان می‌دهند که میزان پرهیز با خدمات ذکر شده افزایش می‌یابد.

جدول ۶-۳۷: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): میزان مداخلات انجام شده در بیمارانی که از پوشش بیمه برای خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات استفاده می‌کنند (تعداد مطالعه=۳)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون پوشش بیمه	۳	۱/۰	۸/۹
همراه با پوشش بیمه	۳	۲/۳ (۱/۸، ۲/۹)	۱۸/۲ (۱۴/۸، ۲۲/۳)

جدول ۶-۳۸: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): میزان اقدام به ترک در بیمارانی که از پوشش بیمه برای خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات استفاده می‌کنند (تعداد مطالعه=۳)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون پوشش بیمه	۳	۱/۰	۳۰/۵
همراه با پوشش بیمه	۳	۱/۳ (۱/۰۱، ۱/۵)	۳۶/۲ (۲۳/۳، ۴۰/۲)

جدول ۳۷-۶: مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): میزان پرهیز در بیمارانی که از پوشش بیمه برای خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات استفاده می‌کنند (تعداد مطالعه=۳)

مداخله	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
بدون پوشش بیمه	۳	۱/۰	۶/۷
همراه با پوشش بیمه	۳	۱/۶ (۱/۲، ۲/۲)	۱۰/۵ (۸/۱، ۱۳/۵)

این نتایج بهترین گواه بر لزوم همکاری شرکت‌های بیمه، خدمات درمانی و مشتریان این خدمات می‌باشد.

زمینه‌های تحقیق در آینده

مطالب زیر در مورد مقرون به صرفه بودن ارائه درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:

- تأثیر اقتصادی و بهداشتی پوشش بیمه برای خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات.
- مقرون به صرفه بودن ارائه خدمات ترک سیگار.
- بهترین سقف پرداخت هزینه‌های خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات.

بخش هفتم :
گروه‌های خاص و سرفصل‌های
خاص

مقدمه

عوامل زیادی می‌توانند در انتخاب، انتقال و تأثیرگذاری درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات تعیین‌کننده باشند. سؤال‌هایی که در اثر این واقعیت به ذهن می‌رسد این است که آیا باید مداخلات را براساس جنس، نژاد و قومیت، سن، ناتوانی زمینه‌ای یا وضعیت بستری بودن بیمار طرح‌ریزی و تنظیم کرد؟ آیا سیگاری‌های باردار باید دارو مصرف کنند؟ آیا اقدامات مداخله‌ای در زمینه وابستگی به دخانیات با درمان‌هایی که برای دیگر وابستگی‌های دارویی صورت می‌گیرد، تداخل می‌نماید؟

در این فصل این موضوعات و همچنین گروه‌های جمعیتی خاص مورد بررسی قرار می‌گیرد. تخصص‌های مختلف بهداشتی می‌توانند در انتقال مطالب به جمعیت‌های خاص نقش اساسی داشته باشند، مثلاً متخصصین زایمان و پزشکان خانواده برای سیگاری‌های باردار، متخصصین زنان و پزشکان خانواده برای مشاوره قبل از بارداری و در حین مراقبت معمول بهداشتی؛ متخصصین اطفال، پزشکان خانواده و دندانپزشکان برای بچه‌ها و نوجوانان؛ متخصصین داخلی اعم از متخصصین قلب و ریه، آنکولوژیست‌ها و متخصصین داخلی عمومی و پزشکان خانواده برای بیماران بستری، متخصصین سالمندان برای سیگاری‌های سالمند؛ و دندانپزشکان و بهداشتکاران دندان برای مصرف‌کنندگان دخانیاتی بدون دود.

مسئله‌ای که در مورد تمام سیگاری‌هایی که قصد ترک دارند، باید رعایت شود، اطمینان یافتن از تناسب مطالب خواندنی به کار رفته (مثل بروشورهای خودآموز) با معلومات و میزان سواد بیمار است. اهمیت این موضوع از این نظر است که داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که میزان مصرف دخانیات در افراد با تحصیلات پایین‌تر، به مراتب بالاتر است.

توصیه: مداخلاتی که در این راهنما مؤثر شناخته شده‌اند، برای گروه‌های مختلف مفید می‌باشند. بسیاری از مطالعات تأثیر این مداخلات را در گروه‌های مختلف اثبات کرده‌اند. بنابراین مداخلاتی که در این راهنما توصیه شده‌اند برای تمام اشخاصی که از محصولات دخانی استفاده می‌کنند سودمند است مگر موارد منع مصرف یا گروه‌هایی که مصرف داروها در آنها توصیه نشده است (خانم‌های باردار، محصولات دخانی بدون دود، سیگاری‌های سبک و نوجوانان). (اعتبار شاهد = ب)

درمان‌های مؤثر برای گروه‌های خاص

توصیه‌هایی که در بخش‌های قبل مطرح شد برای گروه‌های زیادی از افراد سیگاری مفید می‌باشد به طور مثال سیگاری‌های HIV مثبت، بیماران بستری، همجنس‌بازان، سطح اقتصادی و اجتماعی پایین، سطح تحصیلات پایین، سیگاری‌های با بیماری‌های همزمان، سیگاری‌های سالمند، سیگاری‌های با مشکل روان‌پزشکی، اقلیت‌های قومی و مذهبی و زنان سیگاری.

در جدول ۱-۷ نتایج مطالعات بالینی تصادفی در مورد به کارگیری مداخلاتی که در این راهنما مؤثر شناخته شده‌اند، برای گروه‌های خاص نشان داده شده است. این جدول نتایج مطالعات بالینی تصادفی و نه مطالعات متاآنالیز را نشان می‌دهد. هدف از این کار معرفی برخی یافته‌های کلیدی در مورد تأثیرگذاری درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در گروه‌های خاص است. درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در خانم‌های باردار، مصرف‌کنندگان محصولات دخانی بدون دود، سیگاری‌های سبک و نوجوانان به صورت جداگانه مورد بحث قرار خواهند گرفت.

جدول ۱-۷: شواهد مربوط به تأثیر درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در گروه‌های خاص

مرور شواهد	گروه سیگاری
مطالعات بالینی تصادفی طولانی‌مدت در این گروه انجام نگرفته است. مطالعات بیشتری مورد نیاز است.	HIV مثبت
<ul style="list-style-type: none"> یک مطالعه با ۳ ماه پیگیری نشان داد مشاوره تلفنی ترک امیدوارکننده است. مطالعه آزمایشی نشان داد درمان‌های ترک سیگار برای این گروه مؤثر هستند. 	
مطالعه Cochrane در سال ۲۰۰۷ نشان داد درمان‌های متمرکز در این گروه مؤثر هستند. یافته‌های مهم دیگر شامل:	بیماران بستری
<ul style="list-style-type: none"> پیگیری بعد از ترخیص بیماران از بیمارستان رکن مهمی از درمان است. تأثیر خاصی از درمان دارویی در این گروه از بیماران دیده نشد ولی میزان 	

<p>تأثیر داروهای جایگزین نیکوتین و بوپروپیون آهسته‌رهش مانند سایر مطالعات بود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مداخلات، بدون توجه به دلیل بستری فرد، مؤثر هستند. ارتباطی بین موفقیت در ترک و بیماری هم‌زمان تشخیص داده شده وجود ندارد. 	
<p>مطالعات بالینی تصادفی طولانی مدت در این گروه انجام نگرفته است.</p>	هم‌جنس‌بازان
<ul style="list-style-type: none"> • متاآنالیز سال ۲۰۰۸: ۵ مطالعه متاآنالیز در بررسی تأثیر درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در افراد سیگاری با وضعیت اقتصادی و تحصیلات پایین در مقایسه با عدم انجام مداخلات واجد شرایط بودند. این بررسی نشان داد ارائه درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در افراد سیگاری با وضعیت اقتصادی و تحصیلات پایین مؤثرتر (۱۷/۷ درصد موفقیت) در مقایسه با عدم انجام مداخلات (۱۳/۲ درصد موفقیت) بودند. • مداخلات انجام گرفته شامل پیام‌های انگیزشی همراه یا بدون مشاوره تلفنی ترک سیگار در مادران آفریقایی آمریکایی با وضعیت اقتصادی و تحصیلات پایین، مشاوره خط تلفنی همراه برچسب پوستی نیکوتین، مداخلات ترک سیگار در کنار بالین بیماران آفریقایی آمریکایی بستری. 	وضعیت اقتصادی و تحصیلات پایین
<p>درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات در افراد سیگاری با هم ابتدایی بیماری‌های دیگر مؤثر است. بیماری‌های همراه و مداخلات مؤثر شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیماری‌های قلبی عروقی: مداخلات روانی اجتماعی، ورزش، بوپروپیون آهسته‌رهش (در یک مطالعه مؤثر نبود)، افشانه و برچسب پوستی و قرص جویدنی نیکوتین. • بیماری‌های مزمن تنفسی: مشاوره متمرکز ترک سیگار، درمان‌های متمرکز رفتاری همراه با داروهای جایگزین نیکوتین، بوپروپیون آهسته‌رهش، نورتریپتیلین و افشانه و برچسب پوستی نیکوتین. • سرطان: درمان دارویی و مشاوره ترک، مشاوره انگیزشی. 	هم ابتدایی بیماری‌های طبی
<ul style="list-style-type: none"> • A۴ شامل؛ پرسش، توصیه، یاری رساندن و پیگیری در افراد سیگاری بالاتر از ۵۰ سال مؤثر است. مشاوره انگیزشی، نصایح پزشک بالینی، برنامه‌های همراه با حمایت بدنی، مطالب خودآموز مناسب سن و برچسب پوستی نیکوتین برای افراد سیگاری بالاتر از ۵۰ سال مؤثر است. 	سال‌مندان

<ul style="list-style-type: none"> • متآنالیز سال ۲۰۰۸: ۴ مطالعه در مورد تأثیر داروهای ضدافسردگی (بوپروپیون آهسته‌رهش و نورتریپتیلین) در مقایسه با دارونما در بیماران با سابقه افسردگی انجام گرفت. میزان موفقیت در اثر مصرف این داروها ۲۹/۹ درصد بود. • اگر چه مشکلات روانپزشکی می‌توانند باعث عود شوند، ولی می‌توان به این بیماران برای ترک کمک کرد. • بعضی مطالعات از تأثیر بوپروپیون آهسته‌رهش و داروهای جایگزین نیکوتین در مبتلایان به اسکیزوفرنی سخن می‌گویند و می‌توانند علائم منفی این بیماری را کاهش دهند. همچنین به نظر می‌رسد بیمارانی که از آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک استفاده می‌کنند بیشتر از کسانی که از آنتی سایکوتیک‌های تیپیک استفاده می‌کنند به بوپروپیون آهسته‌رهش در درمان ترک سیگار پاسخ مناسب می‌دهند. • مطابق شواهد موجود درمان‌های دارویی و مشاوره ترک سیگار در بیمارانی که تحت درمان سوء مصرف مواد هستند، مؤثر می‌باشند. • شواهد اندکی در مورد تداخل درمان‌های مصرف و وابستگی به دخانیات با درمان سوء مصرف مواد وجود دارد. • استفاده از وارنیکلین در ارتباط با بروز خلق افسرده، بی‌قراری، ایده خودکشی و خودکشی بوده است. بیماران قبل از شروع این دارو باید سابقه مشکلات روانپزشکی خود را با پزشکان بالینی در میان بگذارند. 	<p>مشکلات روانپزشکی از جمله سوء مصرف مواد</p>
<p>مطالعات بالینی تصادفی تأثیر ارائه درمان‌های دارویی و مشاوره ترک سیگار را در گروه اقلیت‌های قومی و مذهبی با نتایج زیر مورد بررسی قرار داده‌اند:</p> <p>آفریقایی آمریکایی‌ها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بوپروپیون آهسته‌رهش، مشاوره انگیزشی، برچسب پوستی نیکوتین، نصیحت پزشک بالینی، باز خورد زیست آزمون‌های پزشکی، مطالب خودآموز، مشاوره خط تلفنی ترک مؤثر بوده‌اند. <p>آسیایی‌ها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مطالعات بالینی تصادفی طولانی مدت در این گروه انجام نشد. <p>اسپانیایی‌ها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برچسب پوستی نیکوتین، مشاوره خط تلفنی ترک، مطالب خودآموز ترک 	<p>اقلیت‌های قومی و مذهبی</p>

<p>مؤثر بوده‌اند. اهالی آلاسکا و بومیان آمریکا: • غربالگری مصرف دخانیات، نصیحت پزشک بالینی و پیگیری کادر مراکز بهداشتی مؤثر بوده‌اند.</p>	
<p>• شواهد نشان می‌دهند که بوپروپیون آهسته‌رهش، جایگزین‌های نیکوتین و وارنیکلین در مردان و زنان مؤثر هستند. • مداخلات روانی اجتماعی شامل؛ مشاوره خط تلفنی ترک، پیگیری شخصی، نصیحت به ترک با اشاره به تأثیر استعمال دخانیات بر کودکان در ترک سیگار زنان مؤثر است. بعضی از مطالعات تأثیر ورزش در افزایش میزان ترک سیگار در زنان را اثبات کرده‌اند.</p>	زنان

ملاحظات بالینی برای گروه‌های خاص

برخی از ملاحظات خاص بالینی در درمان و پیشگیری از مصرف و وابستگی به دخانیات مهم هستند. (جدول ۲-۷)

جدول ۲-۷: ملاحظات بالینی در درمان گروه‌های خاص

طرز برخورد	مورد
<p>• از ارائه تمامی مداخلات به زبانی قابل فهم برای فرد سیگاری مطمئن شوید. تمام مطالب خودآموز باید به زبانی ساده تدوین شده باشند. مطابق یافته‌های موجود بیشترین شیوع مصرف محصولات دخانی در افراد با سطح تحصیلات پایین دیده می‌شود.</p>	زبان
<p>• تمامی مداخلات باید از نظر فرهنگی برای فرد سیگاری قابل پذیرش باشد. • پزشکان بالینی باید تفاوت‌های فرهنگی و بهداشتی مراجعین خود را در نظر بگیرند.</p>	فرهنگ
<p>• پزشکان بالینی باید از تداخلات دارویی و احتمال وقوع آنها مطلع باشند. • سیگاری‌های HIV مثبت باید در مورد تأثیر استعمال دخانیات بر متابولیسم داروها در کبد مطلع باشند.</p>	هم‌ابتلایی

سیگاری‌های HIV مثبت

استعمال دخانیات در بیماران HIV مثبت بیشتر از افراد عادی است. در سال‌های اخیر به لطف درمان‌های جدید، بیماران HIV مثبت بیشتر از قبل به زندگی ادامه می‌دهند و شیوع استعمال دخانیات در این بیماران از مشکلات شایع است. در بیماران HIV مثبت سیگاری در مقایسه با بیماران HIV مثبت غیرسیگاری میزان مرگ و میر بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین احتمال ابتلا به بیماری‌های پنوموکوکال و عفونت‌های دستگاه عصبی مرکزی در بیماران HIV مثبت سیگاری بالاتر است. عفونت‌های فرصت طلب و پنوموتوراکس خود به خود نیز در این بیماران شایع‌تر است. برخی بر این باور هستند که استعمال دخانیات به آنها برای غلبه به استرس ناشی از بیماری کمک می‌کند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- موارد زیر در مورد بیماران HIV مثبت سیگاری نیاز به تحقیقات بیشتر دارد:
- بررسی تأثیر مداخلات ترک سیگار، مشاوره و درمان دارویی در این گروه از بیماران.
- بررسی تأثیر مداخلات انگیزشی در افزایش انگیزه ترک سیگار در این گروه از بیماران.
- بررسی تأثیر شبکه حمایت اجتماعی برای ایجاد انگیزه و مانایی ترک سیگار در این گروه از بیماران.

سیگاری‌های بستری در بیمارستان

درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در بیماران بستری بسیار مهم می‌باشد زیرا مصرف دخانیات با روند بهبودی آنها ارتباط نزدیکی دارد. در میان بیماران قلبی عروقی سکته قلبی دوم در کسانی که به سیگار کشیدن خود ادامه می‌دهند بسیار شایع است. همچنین بیماران مبتلا به سرطان‌های نواحی ریه، گردن و سر که درمان شده‌اند، در صورت ادامه استعمال دخانیات خطر بالاتری برای عود بیماری وجود دارد. چهار مطالعه واجد معیارهای انتخاب بودند و برای تحلیل مقایسه‌ای میان درمان متمرکز توقف سیگار و مراقبت معمول در بیماران بستری مناسب تشخیص داده شدند. نظر به اینکه این تحلیل محدود به ۴ مطالعه بود، در زمینه طبقه‌بندی درمان‌های متمرکز با توجه به شدت و نوع مداخله (برای انجام مطالعه متاآنالیز) اقدامی صورت نگرفت.

اساس مداخلات متمرکز در مطالعات مورد تحلیل شامل این موارد می‌گردید: خودآموز از طریق بروشور یا نوار صوتی تصویری، علامت بر روی پرونده برای یادآوری پزشک، توصیه در مورد توقف مصرف دخانیات، درمان دارویی، مشاوره بیمارستانی و مشاوره تلفنی بعد از ترخیص.

براساس مطالعات مختلف، مداخلات متمرکز توقف مصرف دخانیات، میزان پرهیز را در بیماران بستری افزایش می‌دهد. تلاش برای ترک دخانیات در مورد بیماران بستری امری حیاتی است، زیرا مصرف دخانیات در بهبودی آنها تأثیر منفی دارد. علاوه بر این مصرف دخانیات بر روی ترمیم زخم و بهبود شکستگی استخوان، تأثیر منفی دارد. تحریک و ترغیب بیماران بستری به اقدام جهت ترک، دو علت ویژه دارد:

اول اینکه بیماری منجر به بستری شدن که یا به واسطه مصرف دخانیات حادث شده و یا به علت استعمال دخانیات، تشدید یافته است، آسیب‌پذیری بیمار را در برابر خطرات دخانیات، افزایش می‌دهد و دومین دلیل این که هر بیمارستان ایالات متحده که مورد تأیید است، باید محیطی عاری از دود دخانیات داشته باشد؛ بنابراین هر بیمار سیگاری بستری به طور موقت در محیطی عاری از دخانیات اسکان یافته است و پزشکان بالینی باید از این فرصت در جهت ترک مصرف بیماران سیگاری بهره‌مند گردند. بیمارانی هم که به صورت طولانی‌مدت در مکان‌های مراقبتی اسکان می‌یابند، باید تحت مداخلات درمانی مصرف و وابستگی به دخانیات قرار گیرند. مداخلات پیشنهادی جهت بیماران بستری در جدول ۳-۷ نشان داده شده است.

جدول ۳-۷: مداخلات پیشنهادی برای بیماران بستری در بیمارستان

اقدامات زیر برای هر بیمار بستری باید انجام گیرد
- در بدو پذیرش از هر بیمار در مورد مصرف دخانیات سؤال کنید و وضعیت مصرف دخانیات را مشخص کنید.
- برای کسانی که در حال حاضر دخانیات مصرف می‌کنند وضعیت مصرف دخانیات را در فهرست مشکلات بدو پذیرش و در تشخیص هنگام ترخیص قرار دهید.
- برای کمک به ترک در مصرف‌کنندگان دخانیات در نگهداری ترک و درمان علائم ترک، از درمان دارویی و مشاوره بهره ببرید.

- با توصیه به بیمار در خصوص نحوه ترک هنگام بستری بودن در بیمارستان و ادامه پرهیز بعد از ترخیص، او را یاری دهید..

زمینه‌های تحقیق در آینده

- مطالب زیر در مورد بیماران سیگاری بستری در بیمارستان نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:
- کارآیی مداخلات ترک سیگار که توسط رده‌های مختلف بیمارستانی (شامل پرستاران) بر روی بیماران صورت می‌پذیرد.
- کارآیی درمان‌دارویی و مشاوره ترک سیگار در بیماران بستری.
- جلوگیری از عود استعمال دخانیات در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان با استفاده از روش‌های پیگیری مانند دورنگار.

همجنس‌بازان سیگاری

احتمال استعمال دخانیات در همجنس‌بازان بیشتر از جمعیت عمومی است. این گروه به علت وضعیت اجتماعی خود و مشکلات مربوط به آن بیشتر دچار استرس می‌شوند و به دنبال آن بیشتر رو به استعمال دخانیات می‌آورند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- مطالب زیر در مورد همجنس‌بازان سیگاری نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:
- میزان دسترسی و مقبولیت مداخلات ترک سیگار در این گروه.
- میزان استفاده و تأثیر مداخلات ترک سیگار شامل درمان دارویی، مشاوره و خط تلفنی ترک.
- میزان تأثیر مداخلات ترک سیگار متناسب شده برای این گروه.

سیگاری‌های با سطح اقتصادی اجتماعی پایین یا تحصیلات پایین

بار ناشی از استعمال دخانیات در سیگاری‌های با سطح اقتصادی اجتماعی پایین یا تحصیلات پایین بسیار بالا است. این گروه از افراد جامعه احتمال بالاتری برای استعمال دخانیات، دسترسی کمتر به خدمات ترک سیگار، داشتن باورهای اشتباه در مورد درمان مصرف و وابستگی به دخانیات، عدم حمایت برای استعمال تحمیلی دخانیات در محیط شغلی و مورد هدف قرار گرفتن توسط صنعت دخانیات دارند. این افراد به احتمال کمتری درمان مصرف و وابستگی به دخانیات را دریافت خواهند کرد. در کشور آمریکا تنها ۲۵

درصد افرادی که تحت پوشش خدمات بیمه‌ای دولت هستند، خدمات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات را دریافت می‌کنند. مداخلات پزشکان بالینی و تدوین بروشورهای مناسب این گروه اجتماع از مهمترین اقدامات کنترل دخانیات محسوب می‌شود.

زمینه‌های تحقیق در آینده

مطالب زیر در مورد سیگاری‌های با سطح اقتصادی اجتماعی پایین یا تحصیلات پایین نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:

- کارایی مداخلات ترک سیگار که به افراد عادی جامعه عرضه می‌گردد.
- کارایی درمان دارویی و مشاوره ترک سیگار در داروخانه‌ها، اماکن عمومی و محیط‌های شغلی.
- کارایی مشاوره تلفنی ترک سیگار که در دسترس این گروه باشد.
- مقرون به صرفه بودن ارائه مداخلات ترک سیگار به عنوان یک وضعیت مزمن بهداشتی به این گروه.

هم ابتلایی استعمال دخانیات با سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی ریه و آسم

بیماران مبتلا به مشکلات طبی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی ریه و آسم باید از بابت درمان استعمال دخانیات راهنمایی شوند زیرا استعمال دخانیات باعث بدتر شدن وضعیت این بیماران می‌گردد. به کارگیری مداخلات طولانی‌مدت برای این گروه از بیماران که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، می‌تواند بهترین راه کار باشد.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- مطالب زیر در مورد هم ابتلایی استعمال دخانیات با سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی ریه و آسم نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:
- کارایی مداخلات ترک سیگار اختصاصی برای این گروه از بیماران.
 - کارایی درمان دارویی و مشاوره ترک سیگار در مبتلایان به آسم و دیابت.

سیگاری‌های سالمند

تخمین زده شده است که بالغ بر ۱۸ میلیون آمریکایی بالای ۴۵ سال سیگار می‌کشند که ۴۱ درصد کل سیگاری‌های این کشور را تشکیل می‌دهند.

سیگاری‌های بالای ۶۵ سال، هم می‌توانند سیگار را ترک کنند و هم از منافع پرهیز بهره‌مند شوند. توقف مصرف سیگار در سیگاری‌های سالمند، امکان خطر سکتۀ قلبی، مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر و سرطان ریه را در این گروه سنی کاهش می‌دهد. علاوه بر این پرهیز از سیگار می‌تواند میزان بهبودی (از بیماری که به خاطر سیگار کشیدن تشدید شده است) را تسریع کند و جریان خون مغزی را بهبود بخشد. در حقیقت به نظر نمی‌رسد که افزایش سن، فواید ترک را کاهش دهد.

نشان داده شده که مداخلات توقف سیگار که در عموم جمعیت مؤثر بوده، برای افراد سیگاری مسن نیز سودمند است. تحقیقات، کارآیی راهکار ۴A (Ask پرسش، advise نصیحت، assist یاری، arrang follow up تنظیم برنامه پیگیری) در بیماران بالای ۵۰ سال را به اثبات رسانده است.

نشان داده شده است که مداخلات مشاوره‌ای، توصیه پزشک بالینی، برنامه‌های حمایتی اطرافیان، مطالب خودآموز طراحی شده براساس سن، مشاورۀ تلفنی ترک سیگار و برچسب پوستی نیکوتین همگی در درمان استعمال دخانیات در افراد بالای ۵۰ سال مؤثر است. به علت معضلات خاص این گروه سنی (مثل مشکلات حرکتی یا مصرف داروهای دیگر) به نظر می‌رسد که استفاده از مشاورۀ تلفنی فعال (Proactive Telephone Counseling) به خصوص در گروه سیگاری‌های سالمند، مثمر ثمر باشد.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر در مورد سیگاری‌های سالمند نیاز به تحقیق بیشتر دارد:

- کارآیی مداخلات معمول برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات و مداخلات اختصاصی برای سالمندان سیگاری در جهت ایجاد پرهیز.
- کارآیی و آثار جانبی درمان دارویی در این گروه.
- متدهای مؤثر برای انگیزش سیگاری‌های مسن برای تلاش در ترک.

افراد سیگاری با وضعیت خاص روانپزشکی و یا وابستگی دارویی

بیماری‌های روانی در سیگاری‌ها شایع‌تر است، به طور نمونه حدود ۳۰ تا ۶۰ درصد از بیمارانی که به دنبال استفاده از سرویس‌های خدماتی توقف مصرف دخانیات هستند، تاریخچه افسردگی دارند و ۲۰ درصد یا بیشتر تاریخچه اعتیاد یا وابستگی به الکل دارند. در میان الکلی‌ها و معتادین دارویی، مصرف دخانیات بیش از متوسط جمعیت است. (بیش از

۷۰ درصد). به هر حال می‌توان درمان‌های توقف مصرف دخانیات را به راحتی در کلینیک‌های درمان وابستگی دارویی به این گروه از بیماران ارائه داد. باید در نظر بگیریم که توقف استعمال دخانیات یا علائم قطع مصرف نیکوتین می‌تواند بیماری زمینه‌ای را در بیماران تشدید کند. به طور نمونه توقف مصرف دخانیات ممکن است افسردگی را در بیماران با سابقه قبلی بیماری‌های خلقی شروع و یا تشدید کند. همچنان که در بخش معاینات اختصاصی در فصل ۶ الف اشاره شد، خطر عود در سیگاری‌ها با بیماری زمینه‌ای که به ترک اقدام می‌کنند، بیش از دیگر سیگاری‌ها می‌باشد. هر چند بیماری روانی زمینه‌ای، این گروه را در معرض عود بالاتری قرار می‌دهد، می‌توان با درمان‌های توقف مصرف به این بیماران نیز کمک کرد. در حال حاضر، شواهد کافی حاکی از فواید بیشتر درمان‌های طراحی شده برای این بیماران نسبت به درمان‌های استاندارد در دسترس نمی‌باشد. با اینکه بعضی از سیگاری‌ها با ترک مصرف دخانیات، دچار تشدید بیماری روانی زمینه‌ای می‌شوند، اغلب شواهد حاکی از این است که تأثیرات منفی پرهیز از مصرف دخانیات بر روی این گروه ناچیز است. به طور مثال بیماران بستری در بخش‌های روانی با نشان دادن عوارض کمی (مثلاً افزایش اندکی در حالت تهاجمی) قادر به توقف مصرف دخانیات می‌باشند. بنابراین پزشکان بالینی می‌توانند نحوه عمل و عوارض جانبی داروهای روانپزشکی را در سیگاری‌هایی که قصد ترک دارند مورد ارزیابی و پایش دقیق قرار دهند.

شواهد نشان می‌دهد که بوپروپیون آهسته‌رهش هم برای درمان افسردگی و هم برای توقف مصرف دخانیات سودمند است. بنابراین به نظر می‌رسد که دارویی مناسب برای سیگاری‌های افسرده راغب به ترک باشد. نورتلپیتیلین نیز دارویی است که در هر دو مورد افسردگی و توقف مصرف دخانیات مفید است؛ ولی به علت عوارض جانبی در خط دوم درمانی قرار دارد. درمان وابستگی به دخانیات را می‌توان به طور همزمان با درمان دیگر وابستگی‌های دارویی (مثل الکل و دیگر داروها) انجام داد. شواهد کمی وجود دارد که با ترک سیگار انواع دیگر وابستگی‌های دارویی دچار عود شود، ولی به هر جهت باید این بیماران پس از ترک دخانیات، تحت پیگیری دقیق قرار گیرند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر راجع به بیماری روانی زمینه‌ای و وابستگی دارویی نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

- کارایی و تأثیر نسبی درمان‌های وابستگی به دخانیات در افراد سیگاری با وضعیت خاص روانپزشکی مثل افسردگی
- کارایی نسبی بوپروپیون آهسته‌رهش و نورتریپتیلین در مقایسه با جایگزین‌های نیکوتین در بیمارانی که بیماری روانی زمینه‌ای همچون افسردگی دارند.
- کارایی و تأثیر نسبی درمان‌های وابستگی به دخانیات هم‌زمان با درمان بیماری‌های روانی همراه.
- اهمیت و تأثیر ارزیابی‌های ویژه و مداخلات طرح‌ریزی شده در این گروه‌های جمعیتی.

اقلیت‌های قومی نژادی

توصیه: تحقیقات نشان داده است که درمان‌های توقف مصرف دخانیات برای اقلیت‌های مختلف قومی نژادی مؤثر است؛ بنابراین باید درمان‌هایی که در این کتاب راهنما مؤثر شناخته شده‌اند برای این اقلیت‌ها نیز صورت گیرد. (اعتبار شاهد= الف)

بعضی از بیماری‌ها در بعضی از اقلیت‌های قومی ایالات متحده (آفریقایی آمریکایی، آمریکایی سرخپوست، بومی آلاسکا، آسیایی و جزایر دریای آرام، اسپانیایی) مرگ و میر بیشتری را به همراه دارد. به طور مثال مرگ و میر در اثر سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی و مرگ ناگهانی نوزادان در گروه‌های آفریقایی آمریکایی بیشتر است و این مؤید ارتباط مستقیم این موارد مرگ و میر با مصرف دخانیات در این گروه می‌باشد.

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا در مورد سندرم مرگ ناگهانی نوزادان، میزان مرگ و میر بیشتری را دارند که این هم به واسطه تأثیر مصرف دخانیات می‌باشد.

بنابر شواهد؛ در خصوص وابستگی به دخانیات نیاز مبرمی به انجام مداخلات مؤثر درمانی برای اقلیت‌های قومی نژادی وجود دارد. متأسفانه بنابر شواهد موجود، میزان بالایی از این اقلیت‌های قومی به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی دسترسی کافی ندارند. این مطلب نشان می‌دهد که باید اقدامات ویژه‌ای در جهت تأمین منابع و حل مشکلات این گروه‌ها صورت پذیرد.

یک اختلاف مشخص و به خوبی تمیز داده شده بین اقلیت‌های دینی و قومی و سفیدپوستان از نظر شیوع استعمال دخانیات، الگوهای مصرف و رفتارهای ترک دخانیات در ایالات متحده وجود دارد. مطالعات مختلف اثبات نموده‌اند که مداخلات مختلف ترک سیگار در جمعیت‌های مختلف، تأثیرات متفاوتی دارند. برچسب پوستی نیکوتین، مشاوره با پزشک،

مشاوره، پمفلت‌های خودآموز، مشاوره تلفنی ترک سیگار نشان داده شده‌اند که برای سیگاری‌های Hispanic مؤثرتر می‌باشند. غربالگری برای مصرف دخانیات، نصایح پزشکان، تأکیدات کارمندان کلینیک و موارد پیگیری برای جمعیت‌های هندی آمریکایی مؤثر هستند. مطالعات بسیار کمی در مورد به آزمایش‌گذارند مداخلات خاص برای گروه‌های دینی و قومی انجام شده است. این امر ضروری است که مشاوره‌های ترک یا پمفلت‌های خودآموز با زبانی قابل فهم برای این گروه از بیماران ارائه گردد. علاوه بر اینها، یک تناسب فرهنگی یا یک مثال مناسب با ساختار فرهنگی می‌تواند منجر به افزایش پذیرش از طرف بیماران گردد. پزشکان بالینی باید حساس به تفاوت‌های اشخاص و باورهای سلامتی در آنها باشند که این موارد در میزان پذیرش و موفقیت تمام جمعیت‌ها در ترک مصرف و وابستگی به دخانیات مؤثر می‌باشند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

مطالب زیر در مورد اقلیت‌های دینی و قومی نیاز به تحقیقات بیشتری دارند:

- تأثیر مداخلات اختصاصی برای هر گروه در مقابل مداخلات عمومی.
- تشخیص موانع یا مشکلات خاصی که روی درمان یا موفقیت درمان مؤثر هستند (مثلاً وضعیت اقتصادی اجتماعی، دسترسی نامناسب به مراقبت‌های پزشکی) و تأثیرات متفاوت بهداشتی در ارتباط با الگوهای مصرف دخانیات برای اقلیت‌های دینی و قومی.
- انگیزه‌های ترک که خصوصاً توسط اعضای اقلیت‌های دینی و قومی ارائه گردند (مثلاً، ترس از بیماری که نیاز به مراقبت طولانی‌مدت و منجر به ناتوانی می‌شوند).

جنس

توصیه: درمان‌های توقف مصرف دخانیات تأثیر یکسانی در مردان و زنان دارد، بنابراین جز در مورد سیگاری‌های باردار، مداخلات درمانی برای زنان و مردان به یک صورت است. (اعتبار شاهد = ب)

یک سؤال مهم در مورد توقف مصرف دخانیات این است که آیا باید مداخلات متفاوتی برای زنان و مردان جهت توقف مصرف دخانیات صورت گیرد یا نه؟ مطالعات بالینی نشان می‌دهد که درمان‌های مشابه برای هر دو گروه زنان و مردان مفید می‌باشد، هر چند تحقیقات نشان

می‌دهد که تأثیر بعضی درمان‌ها در زنان کمتر از مردان می‌باشد (مثلاً درمان‌های جایگزین نیکوتین).

با وجود اینکه براساس تحقیقات، اقدامات مداخله‌ای مشابه با مردان برای زنان نیز مفید است، باید توجه داشت که زنان ممکن است با استرس‌ها و موانع متفاوتی برای ترک مواجه شوند که هنگام درمان لازم است بر روی این موارد توجه بیشتری کرد. این موارد شامل احتمال افسردگی بیشتر، اضطراب بیشتر در مورد وزن، چرخه‌های هورمونی و دیگر مسائل مشابه مربوط به جنسیت می‌باشد. این موضوع نشان می‌دهد که درمان‌های وابستگی به دخانیات که این مسائل را مورد توجه قرار می‌دهند، می‌توانند برای زنان مؤثر واقع شوند. (هر چند مطالعات کمی این موضوعات را با توجه به جنسیت افراد مورد بررسی قرار داده‌اند) و آخرین نکته این که زنانی که قصد باردار شدن دارند، پذیرش خاصی به درمان‌های وابستگی به دخانیات پیدا می‌کنند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- موارد زیر در مورد جنسیت افراد نیاز به تحقیقات بیشتر دارد:
- کارایی مداخلاتی که جنسیت خاصی را مورد نظر قرار داده باشند.
- تأثیر اقدامات براساس جنسیت افراد که بتواند موفقیت افراد در تلاش برای ترک را بیشتر کند (مثل ترک برای بهبود زایایی و سلامت تولیدمثل).
- اختلالات نعوذ، نتیجه بارداری، چهره‌ظاهری فرد سیگاری و پوکی استخوان
- اختلافاتی که در دو جنس وجود دارد و این موضوع که آیا این تفاوت‌ها در تأثیر درمان‌های به کار رفته در این کتاب نقش دارد یا خیر.

سایر گروه‌های خاص

کودکان و نوجوانان

- توصیه:** پزشکان بالینی باید از کودکان و نوجوانان در مورد مصرف دخانیات سؤال کنند و به این گروه در مورد استعمال دخانیات اطلاعات لازم را بدهند. (اعتبار شاهد= ج)
- توصیه:** مداخلات مشاوره‌ای در درمان ترک سیگار نوجوانان مؤثر می‌باشد. این مداخلات باید به نوجوانان به منظور ترک سیگار ارائه گردد. (اعتبار شاهد= ب)

توصیه: دود تحمیلی دخانیات در کودکان مضر است. ارائه مداخلات مشاوره‌ای درمان ترک سیگار برای والدین، در طی ویزیت کودکان، مؤثر می‌باشد (اعتبار شاهد = ب)

مشاوره. هفت مطالعه واجد شرایط برای بررسی در مورد مصرف و وابستگی به دخانیات در کودکان و نوجوانان در سال ۲۰۰۸ بودند. نتایج این مطالعات در جدول ۴-۷ آمده است و مطابق این جدول مشاوره مصرف و وابستگی به دخانیات در کودکان و نوجوانان نسبت به گروه شاهد شانس موفقیت را دو برابر می‌کند. در ایالات متحده در هر روز بیش از ۶ هزار کودک و نوجوان اولین سیگار خود را تجربه می‌کنند. روزانه بیش از ۳ هزار کودک و نوجوان (یعنی رقمی بالغ بر ۱/۲۳ میلیون سیگاری جدید در هر سال در محدوده سنی زیر ۱۸ سال) به خیل مصرف‌کنندگان ثابت دخانیات می‌پیوندند. در میان بزرگسالان، ۸۹ درصد از آنها اولین تجربه سیگار کشیدن را در سن زیر ۱۸ سال دارند و ۷۱ درصد از آنها نیز در ۱۸ سالگی و یا قبل از آن سیگاری شده‌اند. ۷۹ درصد از کسانی که در سال‌های آخر دبیرستان از محصولات دخانی بدون دود مصرف کرده‌اند، اولین تجربه خود را در دوران راهنمایی قبل از ورود به دبیرستان ذکر می‌کنند. ۲۳ درصد از این نوجوانان در سال‌های آخر دبیرستان سیگاری می‌شوند. علت مصرف تجربی و یا مرتب سیگار در جوانان به دلایل مختلفی از جمله هنجار بودن مصرف سیگار در اجتماع و یا هنجار بودن مصرف سیگار در نزد والدین، تبلیغات، تأثیر همکلاسی‌ها، سیگار کشیدن والدین، کنترل وزن و کنجکاو می‌شود. به هر صورت وابستگی به نیکوتین در گروه سنی نوجوانان نیز به سرعت اتفاق می‌افتد. به علت اهمیت پیشگیری اولیه در این گروه از جمعیت، پزشکان بالینی باید در انتقال پیام‌های مورد نظر، توجه خاصی داشته باشند، زیرا غالباً اولین مصرف دخانیات قبل از نوجوانی روی می‌دهد. پزشکان بالینی باید مرتباً این گروه سنی را مورد ارزیابی و اقدامات مداخله‌ای قرار دهند.

جوانان، اعتیادآوری نیکوتین را بسیار دست کم می‌گیرند. نوجوانان سیگار را روزانه مصرف می‌کنند و گمان می‌برند که در ۵ سال آینده دیگر سیگار نخواهند کشید، ولی نزدیک به ۷۵ درصد از آنها بعد از ۵ تا ۶ سال هنوز هم سیگار مصرف می‌کنند.

از سه چهارم (۷۰/۲ درصد) نوجوانانی که تا به حال سیگار را تجربه کرده‌اند، یک سوم از آنها (۳۵/۸ درصد) در طول دوره دبیرستان به صورت مصرف‌کنندگان ثابت سیگار در

می‌آیند. ۷۰ درصد از سیگاری‌های نوجوان آرزو می‌کنند که ای کاش هرگز برای اولین بار سیگار را تجربه نکرده بودند.

درمان کودکان و نوجوانان سیگاری

در مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفته، نشان داده شده است که در ۷۲/۴ درصد از مراجعه‌های نوجوانان سیگاری به مطب‌ها، وضعیت مصرف سیگار مورد پرسش واقع شده است، ولی تنها در ۱۶/۹ درصد از موارد، مشاوره توقف مصرف برای نوجوانان صورت پذیرفته است. بنابراین پزشکان بالینی باید علاوه بر سنجش وضعیت مصرف، پیشنهاد مشاوره را نیز مورد توجه قرار دهند. به علاوه پزشکان بالینی باید در جهت آماده‌سازی نوجوانان برای ترک سیگار تلاش کنند. کودکان و نوجوانان می‌توانند از فعالیتهای مداخله‌ای که در انجمن‌ها و یا مدارس صورت می‌گیرد، بهره‌مند گردند. پیام‌هایی که به وسیله این برنامه‌ها به گروه کودکان و نوجوانان منتقل می‌شود باید به وسیله پزشکان بالینی مورد تقویت قرار گیرد.

مرور دقیق برنامه‌های توقف مصرف دخانیات در نوجوانان در زمینه‌های مختلف نشان می‌دهد که این برنامه‌ها، میزان‌های ترک را در مقایسه با شرایط عادی (بدون دخالت مدرسه) افزایش می‌دهند، ولی برای حصول نتایج قطعی‌تر، نیاز به تحقیقات بیشتر و دقیق‌تری می‌باشد. کودکان و نوجوانان از انتقال اطلاعات به والدین در زمینه اثرات دود تحمیلی دخانیات نیز سود خواهند برد.

مرور مطالعات نشان داده است که انتقال اطلاعات به والدین در زمینه عوارض قراردادن کودکان در معرض دود دست دوم (Second hand smoke)، میزان مواجهه کودکان با دود تحمیلی سیگار را کاهش می‌دهد و احتمالاً میزان سیگارکشیدن والدین را نیز کم خواهد کرد.

هیچ‌گونه شواهدی مبتنی بر مضر بودن بوپروپیون آهسته‌رهش و جایگزین‌های نیکوتین برای کودکان و نوجوانان وجود ندارد، ولی شواهدی مبنی بر تأثیر طولانی‌مدت این داروها بر ترک نیز در دسترس نمی‌باشد. در نتیجه این داروها در درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در کودکان و نوجوانان توصیه نمی‌شوند. به جهت جنبه‌های روانی اجتماعی و رفتاری سیگارکشیدن در نوجوانان، پزشکان بالینی باید از مشاوره در درمان مصرف و وابستگی به دخانیات در کودکان و نوجوانان (حداقل شش جلسه) استفاده نمایند.

عوامل دیگری همچون میزان وابستگی، تعداد سیگار مصرفی روزانه و وزن بیمار نیز باید مورد توجه پزشک بالینی قرار گیرد.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر در مورد نوجوانان و کودکان نیاز به تحقیق بیشتری دارد:

- کارایی روش ۵A در درمان مصرف دخانیات در والدین در حاشیه ویزیت‌های کودکان.
- کارایی و ایمنی داروهای خط اول درمان مثل جایگزین‌های نیکوتین، بوپروپیون آهسته‌رهش، وارنیکلین و واکسن نیکوتین.
- کارایی رفتاردرمانی در نوجوانان و کودکان.
- کارایی مداخلاتی که به طور اختصاصی برای ترغیب نوجوانان و جوانان به ترک طرح‌ریزی شده‌اند.
- کارایی نسبی مداخلات کودک محور در مقابل مداخلات خانواده محور.

سیگاری‌های سبک

توصیه: سیگاری‌های سبک باید شناسایی و تحت مداخلات مشاوره‌ای درمان ترک و وابستگی به دخانیات قرار گیرند. (اعتبار شاهد= ب)

در مورد تعریف سیگاری‌های سبک توافق کلی در بررسی متون مربوط به دست نیامده است. به منظور تدوین این راهنما، پانل توافق نمود تا افرادی که کمتر از ۱۰ سیگار روزانه مصرف می‌کنند سیگاری سبک در نظر گرفته شوند. این تعریف در برگیرنده کسانی که روزانه سیگار نمی‌کشند هم می‌شود. اشخاصی که سیگار سبک یا فوق سبک مصرف می‌کنند، سیگاری سبک در نظر گرفته نمی‌شوند. علی‌رغم مصرف کم این افراد در معرض بیماری‌های ناشی از سیگار کشیدن هستند. یک مطالعه طولی در سوئد در میان ۴۲۷۲۲ نفر نشان داد این گروه از سیگاری‌ها در معرض خطر بالاتری برای بیماری‌های ایسکمیک قلبی و سایر عوارض هستند.

استعمال دخانیات به این صورت در حال افزایش است که علت آن محدودیت‌های استعمال دخانیات در اماکن عمومی و افزایش قیمت سیگار است. در کشور آمریکا ۲۵/۴ درصد بالغین سیگاری کمتر از ۱۰ نخ و ۱۱/۶ درصد کمتر از ۵ نخ روزانه سیگار مصرف می‌کنند.

سیگاری‌های سبک وابستگی به نیکوتین دارند و به نظر می‌رسد کمتر از سایر سیگاری‌ها درمان‌های ترک را دریافت می‌کنند.

درمان‌های دارویی. دو مطالعه تأثیر دارو را بر درمان سیگاری‌های سبک مورد بررسی قرار داد. در یک مطالعه استفاده از قرص زیرزبانی نیکوتین در مصرف‌کنندگان ۱۵ سیگار یا کمتر در روز، نسبت به دارونما مؤثرتر می‌باشد. در مطالعه بعدی، مصرف قرص جویدنی نیکوتین ۲ میلی‌گرمی نسبت به دارونما مؤثرتر نبود.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر در مورد سیگاری‌های سبک نیاز به تحقیق بیشتری دارد:
- کارایی روش‌های دارویی و مشاوره‌ای در درمان سیگاری‌های سبک.

سایر محصولات دخانی

توصیه: مصرف‌کنندگان سایر محصولات دخانی باید شناسایی، تشویق به ترک و با مداخلات مشاوره‌ای ترک که در این کتاب توصیه شده درمان شوند. (اعتبار شاهد = ب)
توصیه: پزشکانی که در مراکز بهداشتی دهان و دندان کار می‌کنند باید مداخلات متمرکز نسبت به تمام مصرف‌کنندگان تنباکوی غیرکشیدنی (تنباکوی جویدنی یا snuff) را ارائه دهند. (اعتبار شاهد = الف)

توصیه: مصرف‌کنندگان سیگار برگ، پیپ و سایر محصولات همراه با دود دخانی باید شناسایی، تشویق به ترک و دریافت‌کننده مداخلات مشاوره‌ای توصیه شده برای سیگاریها باشند. (اعتبار شاهد = ج)

همانند سیگارکشیدن، مصرف فرآورده‌های بدون دود دخانیات مانند، تنباکوی جویدنی، snuff و تنباکوی معطر (معسل) ایجادکننده اعتیاد به نیکوتین و دارای خطرات بسیاری برای سلامتی می‌باشد. مصرف چنین فرآورده‌های عاری از دودی از دخانیات در سال‌های اخیر رو به افزایش رفته است، خصوصاً در میان مردان جوان، خطرات ناشی از مصرف این فرآورده‌ها شامل سائیدگی دندان‌ها، پسرفت لثه‌ها، تحلیل استخوان فک، لوسمی و سرطان دهان و بیماری‌های قلبی عروقی است. بنابراین، مصرف این فرآورده‌ها یک جایگزین سالم برای استعمال دخانیات به شکل سیگارهای صنعتی محسوب نمی‌گردد. مصرف این فرآورده‌ها در سال ۲۰۰۵ در ۴ درصد مردان و کمتر از ۱ درصد زنان آمریکایی گزارش شده است.

مصرف سیگار برگ همچنین مطرح‌کننده خطرات بهداشتی بی‌شماری است. مصرف‌کنندگان سیگار برگ در ریسک بالاتری برای بیماری قلبی عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی، سرطان ریه و بدخیمی‌های سایر اعضا با شواهدی از اثرات وابسته به دوز می‌باشند. مصرف سیگار برگ خصوصاً نگران‌کننده است چون فروش این فرآورده در آمریکا حدود ۵۰٪ بین سال‌های ۱۹۹۳ و ۱۹۹۷ افزایش یافته است. در سال ۱۹۹۷، یک تقریب ۶ میلیونی از جوانان آمریکایی بین ۱۴ تا ۱۹ سال (۳۷٪ پسران و ۱۶٪ دختران) حداقل یک سیگار برگ در طی یک‌سال گذشته کشیده بودند. در سال ۲۰۰۵ فروش سیگار برگ ۱۵/۳ درصد در آمریکا افزایش داشته است. پزشکان بالینی همچنین باید مطلع و مسلط بر مصرف سایر فرآورده‌های بدون دود شامل پیپ، cigarillos, loose tobacco, bidis, betel quid باشند. بررسی در مقالات نشان داده است که شواهدی مبنی بر مؤثر بودن پزشکان بهداشت دهان و دندان (مثلاً بهداشتکاران دهان و دندان) بر ارائه مشاوره در مورد قطع مصرف تنباکوی بدون دود و افزایش روند ترک وجود دارد.

هر چند به طور محدود، ولی مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهند درمان‌های غیردارویی نیز برای ترک محصولات غیرکشیدنی دخانی مفید هستند. بنابراین، پزشکان بالینی باید مشاوره‌های خود را جهت کمک به بیمارانشان بدون در نظر گرفتن فرمول و نوع محصول دخانی ارائه دهند. بعضی از اطلاعات شاید خصوصاً با درمان تنباکوی غیرکشیدنی در ارتباط باشند. برای مثال، اکثریت بزرگی از مصرف‌کنندگان snuff نمودار وجود ضایعاتی در داخل دهان را ذکر می‌کنند و این قبیل از اطلاعات می‌تواند به آنها جهت اقدام به ترک کمک کند. **درمان دارویی.** مدارک کافی که از مصرف درمان‌های دارویی وابستگی به دخانیات برای ترک طولانی‌مدت در مصرف‌کنندگان تنباکوی غیرکشیدنی، حمایت کند، در دست نمی‌باشد. خصوصاً مطالعاتی که در مورد برچسب پوستی و قرص‌های جویدنی نیکوتین انجام شده، نشان می‌دهند که این دو دارو میزان ترک را در این جمعیت افزایش نمی‌دهند.

زمینه‌های تحقیق در آینده

مطالب زیر در مورد محصولات دخانی غیر از سیگار نیاز به تحقیقات بیشتر دارند:

- تأثیر مشاوره بر پیش‌برد روند ترک در مصرف‌کنندگان محصولات دخانی غیر از سیگار به خصوص مصرف‌کنندگان سیگار برگ، پیپ و قلیان.

- تأثیر درمان‌های دارویی بر پیش‌برد روند ترک در مصرف‌کنندگان محصولات دخانی غیر از سیگار به خصوص مصرف‌کنندگان سیگار برگ، پیپ و قلیان.
- تأثیر توأم درمان‌های دارویی و مشاوره و روان‌درمانی بر مصرف‌کنندگان محصولات دخانی غیر از سیگار و در کسانی که دو فرآورده دخانی را هم‌زمان مصرف می‌کنند.

زنان سیگاری باردار

توصیه: به علت خطرات مهم مصرف دخانیات برای مادران سیگاری و جنین آنها، باید در اسرع وقت اقدامات مداخله‌ای روانی اجتماعی با تمرکز بیش از توصیه مختصر برای آنان صورت گیرد (اعتبار شاهد= الف).

توصیه: هر چند پرهیز در ابتدای حاملگی بیشترین منافع را برای مادر و جنین در بر دارد، ولی ترک در هر زمان در طول حاملگی می‌تواند مفید واقع شود؛ بنابراین پزشکان بالینی باید در اولین ویزیت پرناتال (قبل از تولد) مانند دوران بارداری مداخلات مؤثر در زمینه درمان مصرف و وابستگی به دخانیات را به بیماران پیشنهاد کنند (اعتبار شاهد= ب).

مداخلات روانی اجتماعی. معیارهای انتخاب برای مطالعه متاآنالیز بارداری در سال ۲۰۰۸ به صورتی تعدیل شد که با شرایط این جمعیت خاص مطابقت کند. اطلاعات مربوط به پرهیز تنها زمانی مورد قبول بود که مورد تأیید آزمایشگاه قرار گرفته باشد. این موضوع به علت میزان بالای گزارش نادرست در مورد خانم‌های باردار بود. نظر به اهمیت اطلاعات قبل از زایمان، ۲۴ هفته پس از بارداری و ۵ ماه پس از زایمان، واجد ورود در مطالعات متاآنالیز شناخته شدند.

هفت مطالعه واجد معیار انتخابی بودند و در تحلیل مقایسه بین مداخلات شدید و مراقبت‌های معمول در خانم‌های باردار در مطالعه متاآنالیز وارد شدند.

مداخلاتی که در حین مراقبت‌های معمول سیگاری‌های باردار انجام می‌شد عمدتاً شامل توصیه به توقف مصرف سیگار بود که اغلب در کنار آن، توصیه به استفاده از خودآموز و یا ارجاع به برنامه‌های ترک سیگار نیز صورت می‌گرفت. مداخلات روانی اجتماعی متمرکز و یا مداخلات در مقیاس‌های وسیع‌تر عمدتاً شامل موارد ذکر شده به اضافه مشاوره متمرکزتری نسبت به توصیه‌های مختصر بود.

همچنان که داده‌های جدول ۵-۷ نشان می‌دهند مداخلات متمرکز یا گسترده‌تر به طور قابل توجهی نسبت به مراقبت‌های معمول در خانم‌های باردار، مؤثرتر بوده‌اند.

جدول ۵-۷ مطالعه متاآنالیز (سال ۲۰۰۸): کارآیی و میزان‌های پرهیز تخمینی در مورد مداخلات تشدید یافته در خانم‌های باردار سیگاری (تعداد مطالعه=۸)

سیگاری‌های باردار	تعداد موارد	نسبت شانس تخمینی	میزان پرهیز تخمینی
مراقبت عادی	۸	۱/۰	۷/۶
مداخله روانی اجتماعی	۹	۱/۸ (۱/۴، ۲/۳)	۱۳/۳ (۹/۰، ۱۹/۴)

اجزای تعدادی از مداخلات متمرکز روانی اجتماعی در جدول ۶-۷ فهرست شده است. این مداخلات از میان مطالعات مورد استفاده در مطالعه متاآنالیز جدول ۵-۷ استخراج شده‌اند و باید به عنوان الگوی راهنما برای پزشکان بالینی که سیگاری‌های باردار را درمان می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرند.

سیگارکشیدن هم برای مادر و هم برای جنین او زیان‌آور است. مصرف سیگار در هنگام بارداری باعث عوارض نامطلوب در جنین خواهد شد. این عوارض شامل مرگ نوزاد، سقط خود به خود، کاهش رشد جنین، تولد نوزاد نارس، وزن کم هنگام تولد، جداسدگی زودرس جفت، سندرم مرگ ناگهانی نوزادان، شکاف کام، لب‌شکری و سرطان‌های دوران کودکی می‌باشد.

بسیاری از زنان در هنگام بارداری به ترک راغب می‌باشند؛ از این رو متخصصین بهداشتی می‌توانند با تقویت اطلاعات بیمار (کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت جنین و مشکلات بعد از وضع حمل برای مادر و کودک در صورت توقف مصرف سیگار) از منافع این تمایل و آمادگی استفاده کنند.

اولین گام برای مداخله، سنجش وضعیت مصرف دخانیات می‌باشد. این موضوع خصوصاً در گروه‌هایی که میزان گزارش نادرست در آنها زیاد است، حائز اهمیت می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که استفاده از پرسش‌های چند جوابی به جای سؤالات کوتاه و بسته، میزان مصرف دخانیات در خانم‌های باردار را تا ۴۰ درصد بیشتر، آشکار خواهد ساخت.

ترک سیگار قبل از حاملگی یا در ابتدای آن بیشترین منافع را در بردارد ولی پرهیز در هر مقطعی از بارداری برای حفظ سلامت مفید است؛ بنابراین هر خانم باردار سیگاری باید جهت ترک، دلگرمی و کمک دریافت دارد.

حتی زمانی که در طول بارداری به مدت ۶ ماه یا بیشتر پرهیز داشته‌اند، در فاصله زمانی بعد از زایمان، میزان بالایی از عود را نشان می‌دهند. می‌توان با تأکید بر ارتباط بین سیگارکشیدن مادر و عواقب منفی بر سلامت نوزاد و جنین (سندرم مرگ ناگهانی نوزادان، عفونت‌های تنفسی، آسم و بیماری گوش میانی) میزان عود را کاهش داد. در هر صورت پیشگیری از عود بعد از زایمان موردی است که منافع آن در تحقیقات آینده روشن خواهد شد.

پزشکان بالینی می‌توانند برای سیگاری‌های بارداری که با مداخلات تشدید یافته قادر به ترک نیستند (جدول ۶-۷)، درمان‌های روانی اجتماعی جایگزین که نمونه‌های آن در فصل ۴ بیان شد را به کار برند. سیگارکشیدن سریع در این مورد استثناء شده است، زیرا نیکوتین خون را به میزان زیادی افزایش می‌دهد.

پزشکان بالینی می‌توانند برای زنان بارداری که از طریق مداخلات روانی اجتماعی قادر به ترک نیستند، درمان دارویی را در نظر بگیرند. در این صورت هم پزشک بالینی و هم بیمار باید خطرات و عوارض نامعلوم مصرف دارو در زمان بارداری را در مقابل خطرات ادامه مصرف دخانیات مورد سنجش قرار دهند. هر چند مصرف دخانیات در زمان بارداری خطرات آشکاری هم برای مادر و هم برای جنین دارد، پزشکان بالینی و بیماران باید در مورد عوارض احتمالی داروهای مختلف نیز هشیار باشند. به طور مثال تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند که نیکوتین دارای خطراتی همچون عوارض عصبی می‌باشد و بوپروپیون آهسته‌رهش باعث یک مورد تشنج در هر هزار مصرف‌کننده خود می‌شود.

اگر پزشک بالینی و فرد سیگاری باردار یا شیرده، تصمیم به استفاده از جایگزین‌های نیکوتین را داشته باشند، پزشک بالینی باید میزان نیکوتین خون را جهت بررسی میزان انتقال دارو مورد پایش قرار دهد. علاوه بر این پزشک بالینی باید پایین‌ترین دوز مؤثر درمانی را در نظر بگیرد و از درمان متناوب با نیکوتین به جای درمان پیوسته استفاده کند (مثلاً به جای برچسب پوستی از قرص جویدنی نیکوتین برای بیمار استفاده کند).

درمان‌های ترک سیگار و بارداری - کارایی. سه مطالعه در مورد مصرف داروهای جایگزین نیکوتین در دوران بارداری انجام شد. در یک مطالعه ۲۵۰ خانم باردار به مدت ۸ هفته برچسب پوستی ۱۵ میلی‌گرمی و سپس سه هفته برچسب پوستی ۱۰ میلی‌گرمی در مقابل گروه دارونما دریافت نمودند. تفاوت معنی‌داری بین میزان پرهیز، تعداد سیگار، وزن

موقع تولد و زایمان زودرس دیده نشد. در مطالعه دیگری ۱۸۱ خانم باردار تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری و داروهای جایگزین نیکوتین در مقایسه با گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری به تنهایی قرار گرفتند. گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری و داروهای جایگزین نیکوتین میزان موفقیت بالاتری داشتند (۲۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد).

درمان‌های ترک سیگار و بارداری - ایمنی. سیگارکشیدن هم برای مادر و هم برای جنین او زیان‌آور است. مصرف سیگار در هنگام بارداری باعث عوارض نامطلوب در جنین خواهد شد. این عوارض شامل مرگ نوزاد، سقط خود به خود، کاهش رشد جنین، تولد نوزاد نارس، وزن کم هنگام تولد، جداشدگی زودرس جفت، سندرم مرگ ناگهانی نوزادان، شکاف کام، لب‌شکری و سرطان‌های دوران کودکی می‌باشد.

نیکوتین می‌تواند بعضی از عوارض مصرف سیگار را ایجاد کند. این عوارض شامل نارسایی جریان خون جفتی - نافی در اثر انقباض عروقی، کاهش یا توقف رشد سیستم دستگاه عصبی مرکزی از طریق سمیت عصبی، پیشگیری از بلوغ سلول‌های دستگاه تنفس و ایجاد مرگ ناگهانی نوزاد می‌باشد. این نتایج حاصل مطالعات بر روی حیوانات آزمایشگاهی است. در برخی مطالعات، مصرف جایگزین‌های نیکوتین آثار همودینامیک زیادی بر مادر و جنین دیده شده است. در مطالعه‌ای بر روی ۲۵۰ خانم باردار که به مدت ۱۱ هفته از برچسب پوستی نیکوتین استفاده کردند، هیچ عارضه جانبی در مادر یا جنین دیده نشد. برعکس، در گروهی که از برچسب پوستی نیکوتین استفاده نمودند، میانگین وزن هنگام تولد نوزادان بالاتر بود که این امر می‌تواند به دلیل عدم مصرف سیگار باشد. در مطالعه دیگری که ۱۸۱ خانم باردار تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری و داروهای جایگزین نیکوتین در مقایسه با گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری به تنهایی قرار گرفتند، گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری و داروهای جایگزین نیکوتین میزان موفقیت بالاتری داشتند، ولی این مطالعه به دلیل ایجاد عوارض جانبی در گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری و داروهای جایگزین نیکوتین (۳۰ درصد) و در گروه تحت درمان با درمان‌های شناختی رفتاری به تنهایی (۱۷ درصد) متوقف گردید. شایع‌ترین عارضه در این مطالعه زایمان زودرس بود.

جدول ۶-۷: نمونه‌های مداخلات مؤثر جهت بیماران باردار سیگاری

<p>بحث آموزشی مختصر بهداشتی در مورد خطرات استعمال دخانیات (۳ تا ۵ دقیقه)، توصیه به استفاده از مشاوره رایگان توقف سیگار توسط ماما دوره دیده، مطالب خودآموز مربوط به بارداری که در طی ۷ هفته به صورت هفتگی برای بیمار از طریق پست ارسال می‌گردد.</p> <p>مطالب خودآموز راجع به بارداری (راهنمای خودآموز زنان باردار برای ترک استعمال دخانیات) و یک جلسه ۱۰ دقیقه‌ای با یک آموزشگر بهداشتی</p> <p>مهارت‌های توقف مصرف و مشاوره هشداردهنده در یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با یک مشاور بهداشتی، آموزش استفاده از مطالب خودآموز مربوط به بارداری و تکرار آن دو بار در ماه</p>
--

جدول ۷-۷: اقدام بالینی هنگام یاری به بیمار باردار برای توقف مصرف

دلیل منطقی	اقدام بالینی
<p>بسیاری از زنان سیگاری، سیگارکشیدن را انکار می‌کنند و به کارگیری پرسش‌های چند جوابی، تشخیص مصرف در این گروه را بهبود می‌بخشد.</p> <p>نمونه سؤالات</p> <p>کدامیک از جملات زیر وضعیت مصرف دخانیات را در مورد شما بهتر توصیف می‌کند.</p> <p>- الان به طور منظم سیگار می‌کشم - تقریباً به همان میزان قبل از اطلاع از بارداری.</p> <p>- الان به طور منظم سیگار می‌کشم ولی از زمان اطلاع از باردار شدن مقدار آن را کم کرده‌ام.</p> <p>- به ندرت و اتفاقی سیگار می‌کشم.</p> <p>- از زمانی که فهمیدم باردار هستم، سیگار را قطع کردم.</p> <p>- در زمان اطلاع از بارداری اصلاً سیگار نمی‌کشیدم و در حال حاضر هم سیگار نمی‌کشم.</p>	<p>زنان باردار را از نظر مصرف دخانیات به وسیله تست چند جوابی (جهت تشخیص بهتر افراد سیگاری) مورد سنجش قرار دهید.</p>
<p>برای دلگرمی و تشویق به ادامه پرهیز.</p>	<p>تحسین کردن سیگاری‌هایی که به</p>

	تنهایی و بدون کمک سیگار خود را ترک کرده‌اند.
این افراد میزان‌های بالاتری از ترک را داشته‌اند.	تحریک برای تلاش در ترک به وسیله پیام‌های آموزشی در مورد تأثیر سیگار بر سلامت مادر و جنین.
ترک در ابتدای حاملگی فواید بیشتری برای جنین به همراه دارد.	توصیه روشن و محکم به ترک در اسرع وقت.
فواید اختصاصی ترک در دوران بارداری و راه‌های رسیدن به این هدف را به بیمار تأکید کنید.	پیشنهاد به استفاده از روش‌های حل مشکل و فراهم کردن حمایت اجتماعی و استفاده از مطالب خودآموز در خصوص بارداری.

مادر و جنین او حتی اگر ترک در اواخر دوران بارداری صورت گیرد از فواید آن بهره‌مند می‌شوند.	معاینات پیگیری در طی دوران بارداری (که از آن جمله: ترغیب به مصرف دخانیات است) را برنامه‌ریزی کنید.
میزان عود پس از زایمان حتی اگر مادر باردار در طول دوران بارداری در پرهیز بماند بالا خواهد بود. اقدامات جلوگیری از عود را می‌توان از دوران بارداری آغاز کرد.	در فاصله کوتاهی پس از زایمان بیمار را از نظر امکان عود مورد معاینه قرار دهید و راه‌کارهای جلوگیری از عود را (با عنایت به این مطلب که بیماران ممکن است مصرف دخانیات را انکار کنند یا آن را کمتر از واقع نشان دهند) به کار ببندید.

زمینه‌های تحقیق در آینده

- موضوعات زیر در خصوص مصرف دخانیات و بارداری نیاز به تحقیقات بیشتر دارد:
- جلوگیری از عود در زنان باردار یا زنانی که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند.
- کارایی برنامه‌های جلوگیری از عود برای کسانی که شخصاً اقدام به ترک می‌کنند.
- مؤثرترین میزان مدت تماس، تعداد جلسات و طول هر جلسه در مورد مداخلات توقف مصرف دخانیات در زنان باردار.
- کارایی درمان‌های مختلف مشاوره‌ای و رفتاردرمانی و مداخلات برانگیزاننده.
- درمان‌های مؤثر برای سیگاری‌های باردار با وابستگی بالا.
- ایمنی و کارایی داروهای مورد استفاده در وابستگی به دخانیات در طول دوران بارداری برای مادر و جنین اعم از خطرات نسبی و فواید مصرف دارو برای درمان وابستگی و میزان و زمان مناسب برای شروع درمان دارویی.
- ایمنی و کارایی درمان دارویی در وابستگی به دخانیات برای مادران و شیرخواران.
- کارایی مداخلات هدفمند و یا مختص به دوران بارداری.
- راه‌کارهایی برای به هم پیوستن اقدامات مداخله‌ای در دوران قبل از لقاح، دوران بارداری و دوران پس از زایمان (کودکان نیز مورد نظر قرار می‌گیرند).

افزایش وزن بعد از توقف مصرف دخانیات

توصیه: پزشکان بالینی باید به بیمارانی که نگران افزایش وزن خود هستند بوپروپیون آهسته‌رهش یا جایگزین‌های نیکوتین خصوصاً قرص زیرزبانی یا جویدنی نیکوتین تجویز کنند که باعث تأخیر در افزایش وزن بعد از ترک سیگار می‌شوند. (اعتبار شاهد = ب)

اغلب سیگاری‌هایی که ترک می‌کنند، افزایش وزن پیدا می‌کنند که این افزایش وزن اغلب کمتر از ۱۰ پوند (حدود ۴/۵ کیلوگرم) می‌باشد. با این حال افزایش وزن دامنه وسیعی داشته به صورتی که در ۱۰ درصد از ترک‌کنندگان تا ۳۰ پوند (۱۳/۵ کیلوگرم) افزایش وزن حاصل می‌شود. به هر حال، افزایش وزن متعاقب توقف مصرف سیگار در مقایسه با ادامه مصرف سیگار، خطرات ناچیز و قابل اغماضی دارد. زنان کمی بیش از مردان اضافه وزن پیدا می‌کنند. گروه‌های آفریقایی آمریکایی (آمریکایی‌های آفریقایی تبار) با سن زیر ۵۵ سال و سیگاری‌های قهار (کسانی که روزانه بیش از ۲۵ نخ سیگار مصرف می‌کنند) در هر دو جنس،

خطر بیشتری برای افزایش وزن دارند. برای گروهی از سیگاری‌ها خصوصاً زنان، نگرانی در مورد افزایش وزن و یا ترس از افزایش وزن، عوامل تحریک‌کننده برای شروع سیگار و یا ادامه مصرف آن است.

نوجوانانی که نگران افزایش وزن خود هستند (حتی در دوره راهنمایی) بیشتر از دیگر نوجوانان شروع به سیگار کشیدن می‌کنند. توجه به وزن با توجه به قومیت افراد متفاوت است. به طور مثال دختران نوجوان آفریقایی آمریکایی کمتر از اروپایی آمریکایی‌ها، کنترل وزن را به عنوان دلیلی برای سیگار کشیدن مطرح می‌کنند. این یک زمینه مناسب برای مطالعات بیشتر است، چرا که تحقیقات کمی بر روی مصرف دخانیات در میان زنان اقلیت‌های قوی متمرکز شده است. بعضی شواهد عنوان می‌کنند اقداماتی که برای کنترل وزن صورت می‌گیرد (مثل رژیم غذایی سخت) می‌تواند تلاش برای ترک سیگار را دچار مشکل کند. شواهد دیگر افزایش متوسط فعالیت‌های جسمی را عاملی بازدارنده در افزایش وزن بعد از توقف مصرف سیگار محسوب می‌کنند.

توصیه‌هایی برای پزشکان بالینی هنگام برخورد با مشکل افزایش وزن

باید احتمال افزایش وزن را نه انکار کند و نه سعی در کم اهمیت جلوه دادن آن در نزد بیمار کند. با این حال پزشک بالینی باید این واقعیت که افزایش وزن عموماً در حد متوسطی خواهد بود را جایگزین ترس شدید از افزایش بی‌رویه وزن کند.

ارائه بعضی اطلاعات مشخص می‌تواند بیمار را برای افزایش وزن بعد از ترک آماده کند (جدول ۹-۷). پزشکان بالینی باید این واقعیت را نیز برای بیماران روشن کنند که ادامه مصرف سیگار خطر بسیار بیشتری برای سلامتی فرد نسبت به خطر ناچیز افزایش متوسط وزن (در صورت پرهیز از مصرف سیگار) در پی دارد. همچنین در هنگام ترک و قبل از آن پزشکان بالینی باید این نکته را به بیمار تأکید کنند که اولویت اولیه و فوری بیمار ترک سیگار است و بیمار در صورتی بیشترین موفقیت را خواهد داشت که از اقدامات سنگین و طاقت‌فرسا (مانند رژیم غذایی سخت) برای معکوس کردن جریان افزایش وزن در طول ترک خودداری کند (جدول ۹-۷).

ثالثاً پزشک بالینی باید بعد از ترک موفقیت‌آمیز بیمار، برای مقابله با افزایش وزن به او کمک کند (شخصاً و یا از طریق ارجاع بیمار). پزشک بالینی باید به بیمار مؤکداً توصیه کند که از راه‌کارهای شدید کنترل وزن تا زمان از بین رفتن علائم قطع مصرف و اطمینان کامل به

خود (که دیگر به سمت سیگار بر نمی‌گردد) خودداری کند. در هر صورت بیمار باید به پذیرش و یا ادامه زندگی سالم اعم از انجام فعالیت‌های ورزشی متوسط، خوردن زیاد سبزیجات و میوه‌جات و محدود کردن مصرف الکل، ترغیب شود.

ورزش. مطالعات نشان می‌دهند که افزایش میزان ورزش باعث پرهیز طولانی مدت نمی‌شود. در یک مطالعه جدید نشان داده شده است که برنامه تمرین بدنی در ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته در صورتی که هم‌زمان با برنامه‌های رفتاردرمانی باشد، شانس پرهیز طولانی مدت در زنان سیگاری را بیشتر می‌کند و افزایش وزن در آنها را به تأخیر می‌اندازد.

جدول ۹-۷: عبارت‌های پزشک بالینی برای کمک به بیمار در آماده سازی او برای فائق شدن بر افزایش وزن بعد از ترک

عبارت‌های پزشک بالینی
تعداد زیادی از سیگاری‌ها هنگام ترک دچار افزایش وزن می‌شوند. با این وجود حتی بدون رژیم غذایی و ورزش، افزایش وزن عموماً بیش از ۱۰ پوند (۴/۵ کیلوگرم) نخواهد بود.
داروهایی مانند بوپروپیون آهسته‌رهش یا جایگزین‌های نیکوتین وجود دارند که کمک می‌کند سیگار را ترک کنید و افزایش وزن نیز در شما به تأخیر بیافتد. من یکی از آنها را به شما توصیه می‌کنم.
اضافه وزنی که شما احتمالاً بعد از ترک پیدا می‌کنید در مقابل خطرات ادامه سیگار خطرناچیزی به حساب می‌آید.
سعی کنید نگرانی‌های خود در مورد وزن را به بعد موکول کنید. شما در صورتی بیشترین موفقیت را به دست می‌آورید که ابتدا سعی کنید سیگار را ترک کنید و در مراحل بعد وزن را کم کنید. هر مشکل را در زمان خودش حل کنید. بعد از اینکه سیگار را به طور موفق کنار گذاشتید، ما می‌توانیم در مورد چگونگی کاهش وزن صحبت کنیم.
من می‌دانم که افزایش وزن برای شما اهمیت دارد و شما نمی‌خواهید اضافه وزن پیدا کنید. با این وجود موقتاً (تا زمانی که مطمئن شوید سیگار را کاملاً کنار گذاشته‌اید.) سعی کنید به جای افزایش وزن بر روی راه‌کارهایی که موجب سلامت می‌شوند تمرکز کنید. در مورد خوردن زیاد میوه‌جات و سبزیجات، ورزش منظم، خواب کافی و نخوردن چربی فکر کنید. درست در همین زمان است که شما احتمالاً بهترین کار را هم برای کنترل وزن و هم برای ترک سیگار انجام داده‌اید.

هر چند ممکن است بعد از ترک سیگار کمی اضافه وزن پیدا کنید، اهمیت آن را با سالهایی که زندگی سالم، چهره ظاهری بهتر (چین و چروک کمتر پوست، دندان سفیدتر، تنفس تازه‌تر) و احساس خوب در مورد ترک خواهید داشت، مقایسه کنید.

زمینه‌های تحقیق در آینده

موضوعات زیر درباره افزایش وزن به هنگام درمان وابستگی به دخانیات نیاز به تحقیقات بیشتری دارد:

- تأثیر نگرانی‌های راجع به افزایش وزن در زنان اقلیت‌های قومی.
- کارایی روش‌های کنترل وزن به هنگام تلاش در ترک و تأثیر این روش‌ها بر پرهیز از دخانیات و کنترل وزن.
- کارایی درمان دارویی برای کنترل وزن به هنگام اقدام به ترک.
- کارایی استفاده از ورزش در حد مطلوب در کنترل وزن به هنگام اقدام به ترک.
- تأثیر نگرانی در مورد افزایش وزن در نوجوانان و زنان اقلیت بومی و نژادی سیگاری.

ضمیمه الف

فرهنگ لغات

درصد پرهیز: درصدی از سیگاری‌ها که موفق به پرهیز برای مدتی طولانی شده‌اند. بیشترین معیار استفاده شده در این راهنما درصدی از سیگاری‌ها در یک گروه یا وضعیت درمانی در زمان پیگیری، که حداقل ۵ ماه بعد از درمان در پرهیز بوده‌اند.

طب سوزنی: یک روش درمانی که شامل مکان‌هایی خاص از سوزن‌ها در مناطق اختصاصی از بدن است که با هدف پیشبرد ترک مصرف و وابستگی به محصولات دخانی انجام می‌شود. **اعتیاد:** مصرف اجباری دارو، با از بین رفتن کنترل فرد و پیشرفت حالت وابستگی، ادامه مصرف با وجود آثار جانبی و ظهور علائم ترک در صورت عدم مصرف.

تمام مراجعین: اشخاصی که در یک مطالعه درمانی مصرف محصولات دخانی شرکت کرده‌اند، صرف‌نظر از اینکه آیا از قبل به دنبال این کار بوده‌اند یا خیر. برای مثال، اگر درمان برای تمام کسانی که به یک کلینیک مراجعه کرده‌اند، ارائه شود، جمعیت درمان به عنوان تمام مراجعین مشخص می‌گردد.

آگونیسست: عملکرد یک دارو که شبیه یا افزایش‌دهنده آثار یک دارو بر روی گیرنده‌های عصبی باشد. نیکوتین یک آگونیسست کولینرژیک است.

آنتاگونیسست: عملکرد یک دارو که مخالف یا کاهش‌دهنده آثار یک دارو بر روی گیرنده‌های عصبی باشد. نالترکسون و مکامیلامین آنتاگونیسست هستند.

ضد اضطراب: دارویی که برای کاهش علائم اضطراب به کار می‌رود.

ارزیابی: تمامی مداخلات ترک سیگار باید با ارزیابی فرد سیگاری آغاز شود. ارزیابی به منظور ارائه بهترین مداخلات به فرد سیگاری انجام می‌شود.

سیگارکشیدن ناسازگار: بسیاری از انواع روش‌های درمانی هستند که در برگیرنده یک روش ناخوشایند برای سیگارکشیدن هستند. این روش‌ها سیگارکشیدن را همراه با یک حالت منفی می‌کنند. مثال‌های این روش شامل سیگارکشیدن سریع، پک‌زدن سریع، تمرکز روی سیگارکشیدن و سیگارکشیدن بیش از حد است.

درمان رفتاری: یک روش روان‌درمانی به منظور تشخیص و تغییر رفتارهای مشکل‌آفرین.

بنزودیازپین: یک داروی ضد اضطراب است.

BIDIS: یک سیگار دست پیچ، نازک و کوچک که در برگ‌های تاندو یا تندورنی پیچیده می‌شود. این محصول مقدار زیادتری از نیکوتین، قطران و مونوکسیدکربن نسبت به سیگارهای صنعتی دارد.

تأیید بیوشیمیایی: استفاده از آزمون‌های زیست شناختی (مونوکسیدکربن هوای بازدمی، خون، بزاق و ادرار) برای اندازه‌گیری اجزاء مرتبط با سیگار کشیدن مثل تیوسیانات، کوتینین، نیکوتین و کربوکسی هموگلوبین برای تأیید گزارش ترک توسط افراد سیگاری.

Bupropion SR (بوپروپیون آهسته‌رهش): یک داروی غیرنیکوتینی برای ترک سیگار است که در اصل به عنوان یک ضدافسردگی تهیه و وارد بازار گردید. از نظر شیمیایی هیچ ارتباطی با سه حلقه‌ای‌ها، چهار حلقه‌ای‌ها، داروهای باز دارنده بازجذب انتخابی سروتوتین یا سایر داروهای ضدافسردگی شناخته شده ندارد. مکانیسم این دارو چنین فرض می‌شود که برای مسدود نمودن جذب مجدد دوپامین و نوراپی نفرین عمل می‌کند.

Buspiron (بوسپیرون): یک داروی غیربنزودیازپینی با خاصیت ضداضطرابی. مورد تأیید برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات نمی‌باشد.

مداخلات هماهنگ: روشی برای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات با همکاری پزشک بالینی، شرکت‌های بیمه و مصرف‌کنندگان خدمات درمانی تا از ارائه خدمات درمانی مصرف و وابستگی به دخانیات اطمینان حاصل گردد.

کاهش مصرف سیگار قبل از ترک: یک روش مداخله‌ای برای کاهش تعداد سیگار و جذب نیکوتین قبل از روز ترک. انجام این روش می‌تواند از طریق توصیه به کاهش مصرف و یا از طریق محدود نمودن دسترسی به سیگار انجام شود.

پزشک بالینی: شخصی که حرفه‌اش ارائه سرویس‌های اولیه بهداشت است.

سیستم غربالگری بالینی: روش‌هایی که در درمانگاه و مطب‌های خصوصی برای ارائه روش‌های بالینی استفاده می‌گردد. مداخلات سیستم غربالگری بالینی شامل تغییراتی در دستورالعمل‌های طراحی شده برای پیشبرد تشخیص و ارائه مداخلات به بیماران سیگاری می‌باشد. مثال‌هایی در این مورد شامل اضافه نمودن برچسب‌های ترک مصرف دخانیات به برنامه بیماران، اضافه نمودن وضعیت مصرف دخانیات به برگه علائم حیاتی و اضافه نمودن وضعیت استعمال دخانیات به پرسشنامه مخصوص تمام بیماران می‌باشد.

Clonidine (کلونیدین): یک آگونیست آلفا ۲ آدرنرژیک که یک داروی ضد فشارخون می‌باشد، ولی در این راهنما به عنوان دارویی مؤثر برای ترک سیگار معرفی شده است. FDA این دارو را به عنوان یکی از داروهای مورد استفاده در ترک سیگار تأیید کرده است.

مرور مطالعات Cochrane: یک سازمان بین‌المللی غیرانتفاعی که مطالعات مبتنی بر شواهد در مورد خدمات بهداشتی را در سطح جهان منتشر می‌کند.

درمان رفتاری شناختی: یک روش روان‌درمانی به منظور تشخیص و تغییر افکار منفی و غیر انطباقی و تغییر این افکار.

درمان‌های تکمیلی: روشی درمانی که عرضه‌کننده جایگزین‌های نیکوتین یا یک داروی جایگزین نیکوتین همراه با داروی دیگر مثل بوپروپیون آهسته‌رهش باشد.

مداخلات در سطح جامعه: مداخلاتی که به منظور پیشگیری اولیه یا درمان مصرف و وابستگی به دخانیات که در سطوح اولیه بهداشتی ارائه نمی‌شوند. این مداخلات در سطح رسانه‌های عمومی ارائه می‌شوند.

هم‌ابتلایی: وجود هم‌زمان وابستگی به دخانیات با یک بیماری یا ناتوانی دیگر.

ضریب اطمینان: مقادیر برآورد شده‌ای از متغیرها که شامل شاخصی در جمعیت مورد مطالعه می‌شود.

سیگارکشیدن جبرانی: وقتی یک فرد سیگاری پک‌های بیشتری به سیگار می‌زند و یا با شدت بیشتری سیگاری می‌کشد که برای جبران کاهش محتوای نیکوتین موجود در سیگار است و یا جبران تعداد کمتر شده سیگارهای روزانه‌اش می‌باشد.

قراردادهای پاداشی: مداخلاتی که در آنها اشخاص دریافت‌کننده جوایز برای ترک سیگار و یا پیامدهای غیرلذت‌بخش برای سیگارکشیدن می‌شوند. در این روش، در اصل پیامدهای محسوس باید برای استعمال دخانیات و یا ترک آن محتمل‌الوقوع باشند. بنابراین، موافقت‌های ضمنی برای روز ترک، یا سایر توافقات بین مسئولین خدمات و بیماران بردن پیامدهای مشخص، در این تقسیم‌بندی قرار نمی‌گیرند.

ترک مداوم: یک معیار برای وضعیت ترک سیگار بر پایه اینکه فرد به صورت دائم از روز ترک تا روز خاص برای تشخیص این حالت، در ترک باشد (پایان درمان، ۶ ماه بعد از روز ترک).

مقرون به صرفه بودن: یک بررسی کمی از مقایسه مزایای ترک محصولات دخانی و مصرف این محصولات.

Diazepam (دیازپام): یک بنزودیازپین ضد اضطراب، دارویی که برای کاهش اضطراب به کار می‌رود.

ایجاد تضاد: مداخلاتی که به منظور افزایش انگیزه ترک به کار می‌رود و به طور مداوم بیماران به مسائل مربوط به دخانیات در غیاب تحریک نیکوتین برای ارزیابی پاسخ احساسی یا عاطفی خود می‌پردازند.

استعمال دخانیات از طریق دود محیطی (ETS): به «سیگار کشیدن تحمیلی» هم مرسوم است. استنشاق دود سیگار توسط فردی که خود به طور فعال سیگار نمی‌کشد ولی به علت در معرض دود بودن، دود سیگار را استنشاق می‌کند.

اجزاء تشکیل دهنده تندرستی/تمرینات ورزشی: مربوط به مداخلاتی است که شامل تمرینات ورزشی می‌باشد. شدت این مداخلات در این تقسیم‌بندی از فقط ارائه این اطلاعات در مورد تندرستی تا تمرینات ورزشی یا کلاس ورزشی متغیر است.

اجزاء تشکیل دهنده حمایت اجتماعی همراه با درمان: مداخلات یا اجزاء یک مداخله که برای بیماران ابزارها یا کمک‌هایی را برای کسب حمایت اجتماعی کنار درمان فراهم می‌کند. این بخش مجزا از درمان حمایت اجتماعی است که در آن این حمایت مستقیماً توسط اعضاء درمانی ارائه می‌گردد.

ارسال دورنگار در ترک: روشی است که در طی آن بیمار یا پزشک بالینی بعد از دوره ترک از طریق دورنگار مشخصات بیمار را برای پیگیری ارسال می‌کنند.

زیربنایی برای جوابگویی (FACCT): یک تشکیلات مشتری و خریدار محور که آگاهی بیماران در مورد کیفیت سلامت زندگی را افزایش می‌دهد.

خط اول درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی: درمان‌های دارویی خط اول که سالم و مؤثر برای درمان وابستگی به دخانیات هستند و از طرف FDA برای این منظور تأیید شده‌اند. داروهای خط اول آزمون‌های اولیه را از نظر مؤثر بودن پشت سرگذاشته‌اند و باید به عنوان قسمتی از درمان وابستگی به محصولات دخانی به جز در موارد منع مصرف، در نظر گرفته شوند.

Fluoxetine (فلوکستین): یک داروی مهارکننده بازجذب سروتونین که برای درمان افسردگی مصرف می‌شود. این دارو برای درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی توصیه نشده است.

اشکال یا الگوها: مربوط به روش‌های ارائه مداخلات ترک استعمال دخانیات است. این شامل خودآموز، مشاوره تلفنی فعال، مشاوره انفرادی و مشاوره گروهی می‌باشد. **مجموعه اطلاعات و سوابق برای کارگزاران طرح بهداشتی (HEDIS):** به عنوان یک «گارت گزارش» برای تهیه اطلاعات در مورد کیفیت، استفاده، دسترسی، رضایت‌مندی و اطلاعات مالی برای سازمان‌های بخش بهداشتی و سایر اشخاص و سازمان‌های حقیقی و حقوقی استفاده می‌گردد.

مشاوره‌هایی با تمرکز بالا: مربوط به مداخلاتی است که شامل ارتباط نزدیک بین پزشکان بالینی و بیماران می‌باشد. این نوع مشاوره براساس طول مدت ارتباط بین پزشکان بالینی و بیماران (طولانی‌تر از ۱۰ دقیقه) کدگذاری شده است. اگر این اطلاعات در دسترس نبودند، این امر بر پایه محتوای ارتباط بین پزشکان بالینی و بیماران کدگذاری می‌گردند. **قلیان:** یک آلت دودکشی است که از یک شلنگ و ظرف آب تشکیل شده است که باعث خنک شدن دود عبوری از آن می‌شود. اسامی مختلفی مثل «shisha»، «narghile»، «hubble-bubble»، «water pipe» دارد.

خطوط تلفنی ترک سیگار: به خطوط تلفنی گفته می‌شود که به منظور مداخلات درمان مصرف و وابستگی به دخانیات اختصاص دارد. خطوط تلفنی ترک سیگار زمانی اجرایی می‌گردد که شماره تلفن‌های مشخصی به این کار اختصاص یابد.

هیپنوتیزم یا هیپنوتراپی: یک روش درمانی که توسط آن پزشک بالینی اقدام به ایجاد یک وضعیت دقت و تمرکز تلقینی بالاتر در یک فرد سیگاری می‌کند که هدف این کار پیشبرد روند ترک در فرد سیگاری می‌باشد.

مداخلات شخصی: مداخلاتی هستند که با توجه به نیاز فرد سیگاری، جهت درمان او طراحی شده‌اند. برای مثال مداخلات پیشگیری‌کننده از عود بسته به نیازها و مشکلات فرد طراحی می‌شوند.

اقدام به ترک: بررسی پیامدهای درمان مصرف و وابستگی به دخانیات که مشخص کننده میزان موفقیت درمان در کل افراد مراجعه کننده است و نه تنها اشخاصی که درمان را تا انتها تکمیل کرده‌اند.

مداخلات متمرکز: درمان فراگیری که در طی چند ویزیت و در یک دوره زمانی طولانی حاصل می‌گردد که شاید توسط بیش از یک پزشک بالینی اتفاق بیفتد.

مداخلات اینترنتی: مداخلاتی که از طریق رایانه انجام می‌شوند. فرد سیگاری می‌تواند از طریق جستجو در اینترنت و یا استفاده از برنامه‌هایی که به این منظور برای رایانه طراحی شده‌اند.

مداخله: در برنامه‌های کنترل دخانیات مداخله ماهیت کلینیکی دارد و می‌تواند شامل مشاوره و درمان دارویی باشد. مداخله درمان نیز نامیده می‌شود.

سیگاری سبک: مرور مقالات مربوط به کنترل دخانیات به نتیجه‌گیری جامعی در این راهنما منظور فرد سیگاری است که بین ۱ تا ۱۰ نخ سیگار مصرف می‌کند.

حمایت اجتماعی در طی درمان: مشخص کننده اجزایی از مداخلات است که هدف آنها فراهم نمودن انگیزه کافی و مشاوره به عنوان قسمتی از درمان است.

مشاوره‌های با تمرکز پایین: مشاوره‌های با تمرکز پایین منعکس کننده مداخلاتی است که شامل ارتباط بین پزشکان و بیماران می‌باشد و بین ۳ تا ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامد. اگر اطلاعات در مورد طول زمان این ارتباطات در دسترس نباشد، اینها براساس تعریفی از محتوای مداخلات قابل کدگذاری هستند.

سازمان‌های مدیریتی درمانی (MCOS): هر گروهی که در حال انجام مراقبت‌های بهداشتی با استفاده از مفاهیم مدیریت بهداشتی، شامل بهره‌وری از درمان، بازبینی این بهره‌وری و یک شبکه منظم از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باشد.

Mecamylamine (مکامیلامین): یک آنتاگونیست نیکوتین است که به عنوان یک ضد فشارخون مصرف می‌شود. این دارو برای درمان ترک سیگار توصیه نشده است.

متاآنالیز: یک تکنیک آماری که آثار یک درمان یا متغیر را بر روی یک‌سری از مطالعات وابسته، جمعیت‌ها یا تحقیقات ارزیابی می‌کند.

توصیه مختصر: توصیه مختصر منعکس کننده مداخلاتی است که شامل ارتباطات صریح و کوتاه بین پزشکان بالینی و بیماران می باشد. اینها براساس مدت زمان تماس بین پزشکان بالینی و بیماران کدگذاری می شوند (۳ دقیقه یا کمتر). اگر این اطلاعات در دسترس نباشند، براساس محتوای مداخلات کدگذاری می شوند.

انگیزه: میزان خواسته درونی بیمار به ترک می باشد. بعضی مداخلات به گونه ای طراحی شده تا بیمار را تحریک به ترک از طریق کارهایی مانند؛ مشخص نمودن تاریخ ترک، استفاده از یک تاریخ ترک مرتبط با بیمار، تشویق مخاطبین (نامه هایی که توسط درمانگاه یا کارمندان برای تحریک به بیماران در زمینه تصمیم آنها به ترک به عنوان یک موفقیت اولیه)، فراهم کردن اطلاعات در مورد مضرات سلامتی استعمال دخانیات و از این قبیل، انجام می گیرد.

مداخلات انگیزشی: مداخلاتی که به منظور افزایش انگیزه ترک سیگار به کار برده می شوند.

مصاحبه انگیزشی: یک روش مراجع-محور که به منظور افزایش انگیزه فرد به ترک سیگار به کار می رود.

Naltrexone (نالترکسون): یک آنتاگونیست گیرنده اوبیویدی که در درمان سوء مصرف مواد مخدر به کار می رود. این دارو برای درمان ترک سیگار توصیه نشده است.

کمیته ملی بررسی کیفیت (NCQA): بازبینی و معتبرسازی سازمان های مدیریت درمانی، پیشبرد برنامه هایی برای اندازه گیری و اجرای درست طرح ها و انتشار اطلاعات در مورد کیفیت تا از این طریق بتوانند انتخاب هایی سنجیده انجام دهند (مثلاً کارت های گزارش، مانند HEDIS).

مداخلات در مورد احساس منفی / افسردگی: گونه ای از مداخلات که طراحی شده اند تا بیماران آموزش ببینند تا چگونه بر احساس منفی بعد از ترک سیگار غلبه کنند. تمرکز این مداخلات در این دسته بندی متغیر است و می تواند از مشاوره های طولانی مدت تا یک اطلاعات رسانی ساده برای غلبه بر این خلق منفی متفاوت باشد. برای دریافت این کد، مداخلات متوجه خلق افسرده هستند و یا یک استرس ساده. هدف مداخلات آموزش به بیماران است برای غلبه بر موارد استرس آور و به عنوان تکنیک رفع مشکلات. وقتی مشخص

نباشد که یک مداخله مستقیماً برای خلق منفی/ افسردگی و یا یک استرس فیزیولوژیک است، «رفع مشکلات» کد مورد نظر می‌باشد.

نوروتراوتونیک: قابلیت یک ماده در ایجاد ضایعات در سیستم عصبی جنین انسان.

نوروتوکسیسیتی: قابلیت یک ماده در ایجاد ضایعات در سیستم عصبی.

درمان جایگزین نیکوتین (NRT): منعکس‌کننده یک دسته دارو است که حاوی نیکوتین می‌باشند و هدف از مصرف آنها پیشبرد روند ترک سیگار می‌باشد. در حال حاضر ۵ دسته دارو جایگزین نیکوتین در آمریکا استفاده می‌شود. اینها شامل قرص‌های جویدنی نیکوتین، قرص‌های زیرزبانی نیکوتین، افشانه نیکوتین، برچسب پوستی و اسپری بینی نیکوتین می‌باشند.

Nortriptyline (نور تریپتیلین): یک ضدافسردگی سه حلقه‌ای که توسط پانل در این کتاب به عنوان یک درمان دارویی خط دوم برای ترک سیگار شناخته شده است. FDA این دارو را به عنوان یک دارو در ترک سیگار تأیید نکرده است.

میزان احتمالات: احتمال یک نتیجه در مورد یک متغیر، با در نظر گرفتن حالات مشخص بر روی متغیر یا متغیرهای دیگر. این میزان بیانگر افزایش احتمال یک نتیجه در صورت حضور متغیر می‌باشد.

موکوس دهانی: لایه موکوسی که در داخل دهان قرار دارد.

داروی روی پیشخوان: دارویی که برای تهیه آن نیاز به نسخه نمی‌باشد.

مداخلات چهره به چهره: شخصی یا چهره به چهره، ارتباط بین پزشک بالینی و بیمار یا بیماران به قصد مداخلات درمانی مصرف و وابستگی به دخانیات یا ارزیابی وضعیت استعمال دخانیات.

مراقبت فیزیولوژیک: روند درمانی که توسط آن پزشک بالینی ارائه‌دهنده اطلاعات بیولوژیکی به بیمار است، مثل تفسیر اسپیرومتری، تفسیر تست منوکسیدکربن بازدمی یا اطلاعات ژنتیکی به منظور افزایش میزان ترک استعمال دخانیات.

دارونما: ماده‌ای غیرفعال، بی‌ضرر و بدون فایده مشخص است که در مطالعات کلینیکی برای مقایسه به تأثیر یک داروی آزمایشی دیگر به کار می‌رود.

شیوع نقطه‌ای: اندازه‌ای از ترک استعمال دخانیات بر پایه سیگار کشیدن یا مصرف محصولات دخانی در عرض مدت مشخصی (معمولاً ۷ روز) قبل از ارزیابی پیگیری.

مشاوره‌های عملی (رفع مشکلات/آموزش مهارت‌ها): منعکس کننده یک درمان مصرف دخانیات است که در آن شخص مصرف کننده آموزش داده می‌شود تا چگونه تشخیص و غلبه کردن بر حوادث و مشکلاتی که احتمال مصرف دخانیات را افزایش می‌دهند، را انجام دهد. برای نمونه، افرادی که ترک می‌کنند آموزش می‌بینند که چگونه حوادث پراسترس را پیش‌بینی کنند و چگونه مهارت‌های غلبه کننده همانند انحراف فکر یا تنفس عمیق را برای غلبه بر هوس سیگار به کار گیرند. مداخلات مشابه و مرتبط شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، پیشگیری از عود و مدیریت استرس می‌باشند.

پزشک بالینی خدمات بهداشتی اولیه: یک پزشک بالینی (در علم پزشکی، پرستاری، روانشناسی، داروشناسی، دندانپزشکی، بهداشت دهان و دندان، طب فیزیکی یا درمان تنفسی) که ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی اولیه برای مشکلاتی به جز مصرف دخانیات نیز می‌باشند. این پزشکان بالینی مشتاق به شناسایی مصرف‌کنندگان محصولات دخانی و مداخله، بدون توجه به اینکه آیا مصرف دخانیات مشکل فعلی بیمار می‌باشد یا خیر، هستند.

مشاوره تلفنی فعال: درمانی که توسط پزشک بالینی به بیمار از طریق تلفن ارائه می‌گردد.

پروپرانولول: یک داروی مسدودکننده بتاآدرنرژیک که به عنوان داروی ضد فشارخون به کار می‌رود.

مداخلات روانی اجتماعی: منعکس کننده راه‌کارهای مداخله‌ای است که جهت افزایش میزان ترک سیگار طراحی شده‌اند و براساس مکانیسم‌های حمایتی روانی و اجتماعی بنا نهاده شده‌اند. این مداخلات در برگیرنده راه‌کارهای درمانی مانند مشاوره، روش‌های خودآموز و رفتاردرمانی مثل سیگار کشیدن سریع و یا پیش‌بینی حوادث آینده می‌باشند.

مشتریان خدمات: یک شرکت، کمپانی، آژانس دولتی یا سایر شرکت‌های ائتلافی که خریدار امتیازهای خدمات بهداشتی برای گروهی خاص از افراد هستند.

روز ترک: روزی معین در یک روند اقدام به ترک که در طی آن بیمار سعی می‌کند به طور کامل مصرف دخانیات را قطع کند. همچنین منعکس کننده یک مداخله انگیزشی است که در طی آن بیمار ترک سیگار خود را در این روز خاص انجام می‌دهد.

سال‌های زندگی با کیفیت تعدیل شده: سال‌های زندگی با کیفیت و کمیت تعدیل شده.

ابزاری می‌باشد که برای بررسی فواید کمی یک روش درمانی ارائه می‌گردد.

آزمون تصادفی کنترل شده: برای مقاصد این راهنما، یک مطالعه که در آن موارد مطالعه براساس موقعیت‌هایی بر پایه تصادف معین گردیدند و حداقل یکی از این موقعیت‌ها یک وضعیت مقایسه‌ای یا کنترلی می‌باشد.

گروه مرجع: در مطالعات متاآنالیز، منعکس‌کننده گروهی است که بر پایه آن سایر گروه‌ها مقایسه می‌شوند (مثلاً، یک گروه کنترل یا گروه مقایسه).

آرام‌سازی / تنفس: یک استراتژی مداخله‌ای که در آن بیماران در مورد تکنیک‌های آرام‌سازی آموزش می‌بینند. مداخلاتی که از آرام‌سازی و تمرینات تنفسی و از این قبیل استفاده می‌کنند در این دسته‌بندی قرار می‌گیرند. این دسته باید از گروه رفع مشکلات تمیز داده شود، که شامل طیف وسیع‌تری از روش‌های کاهش و مدیریت استرس می‌باشد.

عود: بازگشت به سیگارکشیدن منظم در فردی که ترک کرده بود. گاهی اوقات قبل از عود از لغزش استفاده می‌شود که در این حالت فرد هنوز به حالت قبل برنگشته و مقادیر کمتری از سیگار مصرف می‌کند.

پیشگیری از عود: مداخلات مختلفی که به منظور پیشگیری از عود در فرد تازه ترک کرده به کار می‌روند.

مداخلات محدودیت محرک محیطی: به عنوان REST هم شناخته می‌شود. یک مداخله است که شامل استفاده از حس محرومیت برای پیشبرد روند پرهیز مصرف محصولات دخانی می‌باشد.

سیگارکشیدن تحمیلی: تحت نام سیگارکشیدن محیطی یا ETS هم شناخته می‌شود. تنفس هوای آلوده به دود سیگار نه به صورت فعالانه بلکه به علت در معرض دود سیگار قرار داشتن.

درمان‌های دارویی خط دوم برای وابستگی به دخانیات: داروهای خط دوم، داروهایی می‌باشند که برای آنها شواهدی بر مفید بودنشان برای درمان وابستگی به دخانیات وجود دارد، ولی نقش محدودتری نسبت به داروهای خط اول دارند که علت آن؛ (۱) FDA موارد مصرف این داروها را برای درمان وابستگی به دخانیات تأیید ننموده است و (۲) نگرانی‌های زیادی در مورد آثار جانبی این داروها نسبت به داروهای خط اول وجود دارد. درمان‌های خط

دوم باید فقط در صورت تجویز مورد به مورد مصرف شوند و البته بعد از مصرف یا در نظر گرفتن داروهای خط اول درمان.

ترک انفرادی یا خودآموز: یک روش مداخله‌ای که در آن بیمار از یک شیوه غیردارویی بهره می‌گیرد تا ترک مصرف محصولات دخانی را انجام دهد. روش‌های ترک انفرادی به طور مشخص شامل ارتباط مختصر با پزشک بالینی است، هر چند بعضی از این روش‌ها (به عنوان مثال خطوط تلفنی گویا / فعال) شامل ارتباط برای آغاز روند ترک می‌باشد. نمونه‌هایی از انواع موارد این شیوه‌های ترک انفرادی شامل: جزوات، کتابچه‌ها، نامه‌ها، کتاب‌های جیبی، نوار ویدئویی، نوار صوتی، برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای خاص، مداخلات ارتباطی از طریق رسانه‌های عمومی، فهرستی از برنامه‌های اجتماعی، خطوط تلفنی و همین‌طور سایت‌های اینترنتی می‌باشند.

داوطلب دریافت درمان: منعکس‌کننده گروهی از بیماران است که جستجوکننده و یا موافق با شرکت در درمان ترک مصرف و وابستگی به محصولات دخانی هستند. شاید این واژه با «تمام مراجعین» در تناقض باشد که در آن درمان برای تمام افراد در نظر گرفته شده، بدون این که افراد به طور فعال جستجوکننده خدمات باشند. (به تمام مراجعین مراجعه کنید).

کوتینین سرم: سطح کوتینین خون می‌باشد. کوتینین متابولیت اصلی نیکوتین است که به طور مشخص نیمه عمر بیشتری نسبت به نیکوتین دارد. این مورد غالباً برای ارزیابی موارد قبل از ترک و یا برای تأیید ترک در موارد انفرادی در طی دوره پیگیری استفاده می‌شود. کوتینین غالباً در ادرار و غدد بزاقی اندازه‌گیری می‌گردد.

نیکوتین سرم: سطح نیکوتین خون می‌باشد. این مورد غالباً برای ارزیابی موارد قبل از ترک و یا برای تأیید ترک در موارد انفرادی در طی دوره پیگیری استفاده می‌شود. نیکوتین غالباً در ادرار و غدد بزاقی اندازه‌گیری می‌شود.

آثار جانبی: آثار غیرمطبوع یک داروی مصرف شده به منظور ترک سیگار، مثل بی‌خوابی و خشکی دهان.

Silver acetate (سیلور استات): سیلور استات با دود حاصل از سیگار واکنش نشان داده و تولیدکننده یک مزه نامطبوع می‌باشد و همچنین به عنوان یک منصرف‌کننده از مصرف سیگار به کار می‌رود.

تنباکوی بدون دود: هر نوع تنباکوی غیرسوختنی شامل فرم‌های جویدنی و snuff.

ارزیابی‌های تخصصی: منعکس‌کننده ارزیابی خصوصیات بیمار مانند، میزان وابستگی به نیکوتین و میزان انگیزه برای ترک است که ممکن است پزشکان بالینی را برای ارائه مداخلات مناسب با وضعیت بیمار براساس نیازهای خاصشان راهنمایی کنند.

مراقبت مرحله‌ای: انجام روند شروع درمان با مداخلاتی با تمرکز کم و بعد از مواجهه با شکست، انجام مداخلاتی با تمرکز بیشتر.

مداخلات تطبیق داده شده: مداخلات تطبیق داده شده براساس یک بعد و یا تلفیقی از ابعادی است که مرتبط با بیمار می‌باشد (مثلاً افزایش وزن و میزان وابستگی) همچنین به مداخلات شخصی مراجعه کنید.

مداخلات هدفمند: مداخلات هدفدار به عنوان مداخلاتی که متمرکز برای گروهی خاص می‌باشد تعریف می‌گردد (مثلاً، گروه‌های نژادی، زنان و غیره)

خطوط تلفنی فعال: یک خط اختصاص داده شده برای مداخلاتی که برای ترک مصرف محصولات دخانی از راه تلفن انجام می‌گیرد. زمانی این مداخلات انجام می‌پذیرند که شماره آن در اختیار بیمار باشد و یا به نوعی ارجاع داده شوند. تفاوت بین Hotline/Helpline و خطوط تلفنی فعال این است که در دومی بیمار به میل خود ارتباط خود را با پزشک بالینی شروع می‌کند.

متخصصین درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی: این متخصصین ارائه‌کننده مداخلات متمرکز ترک مصرف محصولات دخانی هستند. این متخصصین با حرفه‌ای که وابسته به آن هستند و یا با حیطه‌ای که در آن آموزش دیده‌اند تعریف نمی‌شوند. در اصل، متخصصین درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی را به عنوان یک نقش اولیه حرفه‌ای در نظر می‌گیرند. این متخصصین دارای مهارت‌ها، دانش و دوره دیده در زمینه مداخلات مؤثر با تمرکزهای متفاوت می‌باشند و غالباً در ارتباط با برنامه‌هایی که ارائه‌دهنده خدمات درمانی متمرکز هستند، می‌باشند.

فرد سیگاری: فردی است که به یک یا بیشتر از محصولات دخانی اعتیاد دارد.

نیکوتین پوستی: منعکس‌کننده انتشار نیکوتین از طریق پوست به داخل بدن است. غالباً به عنوان یک مترادف برای برچسب پوستی نیکوتین به کار می‌رود.

تطابق درمان: ارزیابی و ارائه مداخلات به بیماران بر پایه خصوصیات پیش از درمان بیماران. تطابق درمان بر پایه این تفکر بنا نهاده شده است که گروه بخصوصی از مصرف‌کنندگان محصولات دخانی از روش‌های خاصی از درمان بهره‌مند می‌شوند.

درمان: برنامه‌ای که هدف معینی را دنبال می‌کند. برای وابستگی به دخانیات درمان ماهیت کلینیکی دارد که شامل درمان دارویی و مشاوره می‌تواند باشد. مداخله نیز نامیده می‌شود.

ترک انفرادی: اقدام به ترک توسط بیمار که بدون کمک پزشک بالینی یا دارو می‌باشد. ترک یک‌باره نیز نامیده می‌شود.

Varenicline (وارنیکلین): داروی تأیید شده غیرنیکوتینی برای ترک سیگار است. آگونیست و آنتاگونیست نسبی گیرنده‌های نیکوتینی است. فقط با نسخه در دسترس می‌باشد.

علائم حیاتی: شاخص‌های استاندارد که توسط آنها وضعیت بدنی بیمار سنجیده می‌شود مثل؛ فشارخون، نبض، وزن، درجه حرارت و تعداد تنفس

وزن/رژیم/تغذیه: روش مداخله‌ای طراحی شده‌ای است تا در مورد افزایش وزن و نگرانی‌های در این مورد می‌باشند. مداخلاتی که روش‌های مدیریت وزن/رژیم/تغذیه را آموزش، نظارت روزانه یا هفتگی بر افزایش وزن را انجام می‌دهند (به دلایلی به غیر از جمع‌آوری روتین اطلاعات) و در نظر گرفتن مصرف انرژی نگهدارنده/کاهش‌یافته و یا مشاوره‌های مربوط به امور تغذیه و افزایش وزن را در بر می‌گیرند.

نشانه‌گان ترک: مجموعه علائم ناخوشایندی مثل پرخاشگری، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری، عصبانیت، خلق افسرده، خواب آشفته و هوس سیگار که در زمان کاهش مصرف یا قطع یک ماده اعتیادآور اتفاق می‌افتد. وقوع این علائم احتمال عود را زیاد می‌کند.

ضمیمه ب

آدرسهای الکترونیک مرتبط. اشاره به این وبسایتها در این ضمیمه با این هدف است که به خوانندگان کمک کند تا اطلاعات اضافی در مورد درمان مصرف و وابستگی به محصولات دخانی را در صورت لزوم به دست آورند و لزوماً به معنی موافقت با تمام محتوای موجود در این وبسایتها نمیباشد.

- Addressing Tobacco in Healthcare (formerly Addressing Tobacco in Man- aged Care): www.atmc.wisc.edu
- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- American Academy of Family Physicians: www.aafp.org
- American Cancer Society: www.cancer.org
- American College of Chest Physicians: www.chestnet.org
- American Legacy Foundation: www.americanlegacy.org
- American Lung Association: (maintains profiles of state tobacco control activities): www.lungusa.org
- American Psychological Association: www.apa.org
- Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence: www.attud.org
- Campaign for Tobacco-Free Kids: www.tobaccofreekids.org
- Chest Foundation: www.chestfoundation.org/tobaccoPrevention/index.php
- Kaiser Family State Health Facts: www.statehealthfacts.org
- Medicare and Medicaid: www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=130 and [www.Naquitline.org](http://www.cms.hhs.gov/Smoking Cessation North American Quitline Consortium (NAQC):)
- National Cancer Institute: www.nci.nih.gov
- National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov
- National Heart, Lung, and Blood Institute: www.nhlbi.nih.gov
- National Institute on Drug Abuse: www.nida.nih.gov
- Oice on Smoking and Health at the Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov/tobacco
- Robert Wood Johnson Foundation: www.rwjf.org
- Society for Research on Nicotine and Tobacco: www.srnt.org
- TobaccoFree Nurses: www.tobaccofreenurses.org
- Tobacco Technical Assistance Consortium: www.ttac.org

- University of Wisconsin Center for Tobacco Research and Intervention: www.ctri.wisc.edu
- World Health Organization: www.who.int
- World Health Organization - Tobacco Atlas: www.who.int/tobacco/statistics/tobacco-atlas/en