

دندانپزشک و کنترل استعمال دخانیات: تازه‌ها و رویکردها (مقاله مروری)

آتس سا پاک فطرت*، پگاه مسنن مظفری**

* دانشیار بیماری‌های دهان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** استادیار گروه بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۹/۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۱۷

The Dentist and Tobacco Use Control: Updates and Approaches

Atessa Pakfetrat*, Pegah MosannenMozaffary**

* Associate Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 19 May 2010; Accepted: 9 October 2010

Dentists and oral healthcare providers have a unique opportunity to motivate and help their patients to stop using different types of tobacco.

There are many evidences that they can have a principle rule in prevention and treatment of many tobacco related oral and systemic diseases and repeated nature of dental services and relatively prolonged chair time provide multiple chances for informing, advancing and assisting patients in tobacco Cessation. On the other hand, it seems that they lack enough education in this area, leading to not adhering to this professional practice. This review provides a comprehensive discussion about the new published approaches for dentists' intervention in tobacco cessation programs.

Key words: Tobacco cessation, intervention, smoking cessation, dentist, oral health care providers.

Corresponding Author: Mosannenp@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2011; 34(4): 331-44.

چکیده

دندانپزشکان و کارکنان سلامت دهان دارای یک موقعیت استثنائی جهت ایجاد انگیزش و کمک به بیمارانشان جهت ترک انواع مختلف تنباکو هستند. شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد آنها می‌توانند در پیشگیری و درمان انواع ضایعات دهانی و سیستمیک مربوط به تنباکو نقش اساسی داشته باشند و ماهیت تکرار شونده درمان‌های دندانپزشکی و زمان نسبتاً طولانی که بیمار در مطب دندانپزشک صرف می‌کند، فرصت‌های متعددی را در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهد تا جهت ترک تنباکو از آنها برای اطلاع رسانی و نصیحت و کمک بیماران استفاده کند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد دندانپزشکان آموزش‌های کافی را در این زمینه ندیده‌اند که منجر به نپرداختن آنها به این وظیفه حرفه‌ای می‌شود. در این مقاله مروری، بحث جامعی درباره رویکردهای جدید منتشر شده جهت مداخله دندانپزشکان جهت ترک استعمال تنباکو، ارائه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: ترک تنباکو، مداخله، ترک سیگار، دندانپزشک، کارکنان بهداشت دهان.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۹ / دوره ۳۴ / شماره ۴: ۳۳۱-۴۴.

سیر تاریخی مصرف تنباکو در ایران و جهان

شاید در تصور هیچ کس نمی‌گنجد که جالبترین

سوغات این سفر قابل پیشگیری ترین علت مرگ زودرس

در روزگار کنونی یعنی «تنباکو» باشد.^(۱،۲) در آن زمان

وقتی کریستوف کلمب در حدود ۴۲۰ سال قبل نوید

کشف «دنیای جدید» را به ملکه انگلستان داد،

مولف مسؤول، نشانی: مشهد، میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۵۱۱-۸۸۲۹۵۰۱-۱۵

E-mail: Mosannenp@mums.ac.ir

هیدروکربن‌های آروماتیک، نیتروزآمین‌های اختصاصی تنباکو و پلونیوم ۲۱۰ رادیواکتیو.^(۱) در میان انواع تنباکو، سیگار بیشترین خطر سرطان زائی را ایجاد می‌کند. هر سیگار معادل ۱ تا ۲ بسته سیگار تنباکو دارد. سیگار طی ۷ دقیقه و به طور متوسط با ۱۰ پُک تمام می‌شود حال آنکه سیگار با ۱۰۰ پُک و طی زمان تقریبی ۳۰ دقیقه تمام شده و معادل ۴۲ عدد سیگار دود در محیط تولید می‌کند.^(۱) حتی تماس سیگار خشک و بدون شعله هم می‌تواند لب‌ها و دهان را در معرض اندوتوکسین‌های تنباکو قرار دهد. پیپ نیز مضرات مشابهی دارد مضاف بر اینکه حرارت ناشی از آن اثر سینرژیکی با سموم شیمیایی تنباکو خواهد داشت.^(۱) علاوه بر انواع تدخینی، انواع غیرتدخینی نیز بسیار اعتیادآور و خطرناک است، به خصوص که سازندگان این محصولات با افزودن مواد قلیائی (همانند آهک)، جذب مخاطی و احساس سرخوشی ناشی از آن را می‌افزایند که این امر سرطانزائی آنها را چند برابر می‌کند. صرف نظر از نوع تنباکو عوامل دیگری نیز سبب می‌شود ناتوانی و مرگ و میر ناشی از سیگار و سیگار در افراد مختلف متفاوت باشد.

مصرف مزمن تنباکو با فاکتورهای سایکولوژیک (عاداتی، رفتاری) و دارویی (اعتیاد و وابستگی شیمیائی) مرتبط است.^(۵) به جز اعتیاد که عارضه همیشگی استفاده از تنباکو می‌باشد، مجموعه‌ای از بیماری‌های سیستمیک و بیماری‌های دهان و دندان در اثر تنباکو ایجاد می‌شوند که در جدول ۲ خلاصه شده‌اند.^(۶-۸)

به طور متوسط سیگار سالانه باعث مرگ ۴۴۰ هزار نفر و ناتوانی در بیش از ۸/۶ میلیون نفر به جهت بیماری‌های وابسته با سیگار کشیدن می‌شود.^(۹) سیگار بیش از ۲ برابر AIDS و تصادفات باعث مرگ می‌شود.^(۹) به طور متوسط افراد سیگاری ۱۰ سال زودتر از غیرسیگارها می‌میرند. در

تنباکو توسط بومیان آمریکائی به عنوان نوعی دارو مصرف می‌شد که توسط اروپائی‌ها به فرم‌های انفیه، پماد، خمیر، دهانشویه، پیپ و یا جویدنی نیز در آمد.^(۲) اوائل دهه ۲۰ آر.جی. رینولدز اولین محصول ساخته شده با پودر تنباکو را با مارک Camel به بازار معرفی کرد و به طرز شگفت‌انگیزی توانست با تبلیغات فراوان تقاضای کاذبی برای سیگار در بازارهای جهان ایجاد نماید.^(۳) از آن به بعد مصرف تنباکو گسترش یافت بالاترین میزان مصرف سیگار از نیمه سال ۱۹۸۰ رخ داد، یعنی از زمانی که جوانان هدف اکثر کمپانی‌های دخانیات قرار گرفتند.^(۴) امروزه تنباکو به فرم‌های گوناگونی عرضه می‌شود (جدول ۱).

جدول ۱: محصولات تنباکو^(۱)

فرم‌های تدخینی (دود کردنی)	فرم‌های غیر تدخینی
سیگار (بیش از ۹۵٪ موارد)	تنباکوی جویدنی
سیگار (منظور سیگارهای برگ است)	تنباکوی بدون دود (spit) که نوعی از آن در ایران به نام ناس معروف است
پیپ	انفیه، کپهاک ^۱ ، انفیه خشک، اسکول ^۲

تمامی انواع ذکر شده استعمال دخانیات مجموعه‌ای از مواد کارسینوژن را دارند که معروف ترین آنها عبارتند از:

1. Copenhagen
 2. Skoal

فراوانی استفاده از سیگار بر اساس جمعیت‌های مختلف متفاوت می‌باشد. به استناد تاریخ اولین بار تنباکو توسط ترک‌ها به خاور میانه آورده شد، یعنی زمانی که در مصر قرن شانزدهم مصرف آن رواج یافت.^(۲۱۰) تخمین‌های شیوع اعتیاد در ایران در حال جهش است براساس گزارش جهانی مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، ایران دارای بالاترین نرخ اعتیاد در جهان است و ۲/۸ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال آن معتادند.^(۹) شیوع کلی کشیدن سیگار در ایران حدود ۱۶ درصد است.^(۹-۱۱)

نسبت مصرف جهانی سیگار در مردان (۲۳/۴٪) از خانم‌ها (۱۸/۵٪) بیشتر است.^(۵) در سال ۱۹۹۰ مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران عمدتاً مرد بودند اما در ۲ دهه اخیر این الگو تغییر کرده است.^(۱۳) میانگین سنی اعتیاد در ایران نیز که در گذشته بین ۲۵ تا ۲۹ سال بوده است امروزه بین ۱۰ تا ۱۹ سال گزارش شده است.^(۱۲) برخی مطالعات تخمین می‌زنند که ۱۰/۳ درصد جوانان در ایران به طور دائمی سیگار می‌کشند.^(۱۱)

استفاده از دخانیات پیامدهای اقتصادی فراوانی به دنبال دارد و وقتی هزینه آن در مقایسه با محصولات جایگزین نیکوتین و داروهای مشابه جهت ترک استعمال دخانیات قرار می‌گیرد، بسیار قابل توجه می‌باشد.^(۱۴و۱۵)

همچنین فراوانی مصرف سیگار در افرادی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند بیشتر است.^(۱۶) در یک گزارش منتشر شده توسط بنیاد ملی تحقیقات سل و بیماری ریوی سال ۲۰۰۶ در ایران حداقل هزینه روزانه کشیدن سیگار ۱۰۰ ریال و حداکثر آن ۶۳۰۰۰ ریال است و میانگین روزانه آن ۶۸۰ ریال است.^(۱۶)

ایران سالی ۵۰/۰۰۰ نفر سالانه در اثر سیگار می‌میرند و با توجه به شیوع استعمال دخانیات (نزدیک ۲۰ درصد) پیش‌بینی می‌شود مرگ‌ومیر سالانه ناشی از کشیدن سیگار تا سال ۲۰۱۹ با چهار برابر افزایش به ۲۰۰/۰۰۰ نفر برسد.^(۹)

جدول ۲: شایع‌ترین عوارض مصرف تنباکو^(۸-۱۰)

۱. بیماری‌های سیستمیک
 - بیماری‌های قلبی عروقی
 - تنفسی
 - سرطان (دهان و ریه و ...)
 - بیماری گوارشی
 - آرتروز
۲. بیماری‌های دهان
 - سرطان دهان
 - لکوپلاکی و کاندیدالکوپلاکی
 - کاندیدوزیس مزمن دهانی
 - استوماتیت نیکوتینی
 - ضایعه snuff Dipper
 - ملانوز سیگاری‌ها
 - زبان مودار
۳. بیماری‌های دندانی
 - بدرنگ شدن دندان‌ها
 - Abrasion
 - پوسیدگی
 - بیماری‌های پرپودنتال
 - ژنژیت زخمی نکروز شونده
 - تشکیل بیش از حد جرم
 - ضعف بهداشت دهان
 - بیماری‌های پری آپیکال^(۹)

جایگاه دندانپزشک در کنترل و ترک استعمال تنباکو

وقتی مجدداً به گستره معضلات ناشی از استعمال دخانیات و اعداد و ارقام آن توجه می‌شود، نیاز به مشارکت کلیه کارکنان پزشکی در حل این مسئله بیشتر احساس می‌گردد.

دلایل قانونی، اخلاقی، علمی-کاربردی فراوانی برای نقش مهم کارکنان بهداشتی درمانی به خصوص دندانپزشکان در کنترل استعمال دخانیات وجود دارد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: (۱۷)

۱- دندانپزشکان و کارکنان بهداشت و سلامت دهان آگاهی کاملی از عوارض جانبی استعمال دخانیات در ناحیه اوروفارنکس دارند.

۲- دندانپزشکان به صورت مرتب و ادواری کودکان و جوانان را ویزیت می‌کنند، بنابراین فرصت تاثیرگذاری بر روی هر فرد و یا والدین وی در جهت ترک کامل یا کاهش استعمال دخانیات را دارند.

۳- دندانپزشکان حین درمان دندانپزشکی، نسبت به پزشکان فرصت بیشتری در اختیار دارند که می‌توانند برای دخالت در کنترل استعمال دخانیات و ارتقای آگاهی از آن استفاده نمایند.

۴- دندانپزشکان خانم‌های باردار را جهت راهنمایی‌های سلامت و بهداشت دهان خودشان در طول بارداری و بعد از تولد نوزاد، ملاقات می‌نمایند و می‌توانند عوارض دخانیات را در دوران بارداری هشدار دهند. بنابراین در کنار سایر کادر پزشکی، دندانپزشکان و بهداشت کاران دهان و دندان می‌توانند در حلقه مبارزه استعمال دخانیات قرار گرفته و باعث تثبیت نتایج و بازده بالاتر گردند.

۵- دندانپزشکان با نشان دادن کامل عوارض

دخانیات در دهان بیمار می‌توانند به صورت موثری بیمار را تشویق به ترک استعمال دخانیات نمایند. چرا که بر خلاف اعضای داخلی، دهان کاملاً در معرض دید بیمار بوده و عوارض سیگار در آن به سرعت ظاهر می‌گردد. (۱۷-۱۹)

بنابراین امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا، بر روی نقش دندانپزشک در کنترل استعمال دخانیات تاکید و آموزش‌های وسیعی برای آنان در این زمینه صورت گرفته است و حتی در حیطه فعالیت حرفه‌ای آنها قرار گرفته است. (۱۷ و ۲۰)

مطالعات مشخص نموده است که در ملیت‌های متفاوت بالغ بر ۸۰ درصد دندانپزشکان به صورت فعال در کمک به بیماران خود در ترک استعمال دخانیات فعالیت دارند. (۲۰ و ۲۱)

مطالعه‌ای اخیر در ایران مشخص نموده است که بسیاری از دندانپزشکان ایرانی بیماران خود را برای ترک استعمال دخانیات تشویق می‌نمایند. (۲۲) از طرفی مطالعات ثابت کردند که جوانان ایرانی به مشاوره کنترل استعمال دخانیات رغبت نشان می‌دهند. (۲۳) البته متأسفانه هنوز در ایران آموزش در زمینه ترک استعمال دخانیات به عنوان جزئی از کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی عمومی نیست و به نظر می‌رسد افرادی که در چنین فعالیت‌هایی دخیلند، این کار را بیشتر به جهت علاقه شخصی و احساس مسئولیت فردی و نه به عنوان بخشی از وظایف حرفه‌ای خود انجام می‌دهند.

اما موانعی نیز در جهت عملکردی و راهبردی کردن این هدف وجود داشته است که می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: (۱۷ و ۲۴ و ۲۵)

۱- اول آنکه دندانپزشکان انگیزه کافی برای اعمال نفوذ در این جهت را ندارند.

مداخله جهت ترک استعمال تنباکو

اولین قدم در مداخله جهت ترک تنباکو و سیگار اشاره به منافعی است که بعد از مدت کوتاهی حاصل خواهد شد. بد نیست موارد جدول ۳ را به فرم بروشور یا پوستر تهیه نمائیم و در معرض دید عموم قرار دهیم.^(۲۸) جدول ۳ نمونه‌ای پیشنهادی جهت تهیه فرم بروشور و یا پوستر است که می‌توان آن را در معرض دید عموم قرار داد.

به نظر می‌رسد در نظر اکثر متخصصین سلامت ترک استعمال تنباکو بسیار مشکل و دست نیافتنی باشد، علل این امر عبارتند از:

نبود درمان‌های موثر، احتمال گسیخته شدن فرآیند درمان، زمان ناکافی، تشویق ناکافی و آموزش ناکافی کادر پزشکی در زمینه تکنیک‌های مشاوره مورد نیاز در ترک استعمال تنباکو.^(۲۹)

قدم بعدی شروع به دخالت و انجام اقدامات عملی برای کمک به فرد برای ترک استعمال دخانیات است. یک سری اقدامات در سطح جهانی به این منظور صورت گرفته است که شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- ارتقای آگاهی مردم درباره پیامد و خطرات استعمال دخانیات

۲- افزایش قیمت محصولات متنوع تنباکو

۳- منع خرید و فروش سیگار (که البته در ایران هنوز اجرا نشده است)

۴- منع استفاده از سیگار در اماکن عمومی

۵- استفاده از خطوط مشاوره تلفنی

۶- درمان با جایگزین نیکوتین (NRT) Nicotine

Replacement Therapy

۷- انجام مشاوره‌های اختصاصی

۲- تمرکز ایده آل گرایانه و غیرواقع بینانه‌ای بر میزان موفقیت وجود دارد.

۳- دندانپزشکان مهارت لازم در این زمینه را کسب نکرده یا به عبارتی آگاهی لازم را ندارند.

۴- دندانپزشکان این نقش را به عنوان مسئولیت حرفه‌ای خود نپذیرفته اند.

۵- دندانپزشکان در هنگام ویزیت اولیه بیماران وقت محدودی دارند. البته این نقیصه تا حدودی قابل جبران است چرا که در هنگام انجام درمان‌های دندانپزشکی دندانپزشک می‌تواند با بیمار صحبت نماید!

۶- و به نظر بسیاری از دندانپزشکان، تاکید بر ترک استعمال دخانیات باعث مخدوش کردن ارتباط پزشک و بیمار می‌گردد.

علاوه بر آنکه به زعم بسیاری از افراد سیگار کشیدن یک بیماری مزمن نبوده و یک مشکل رفتاری است و حتی بسیاری افراد آن را به عنوان یک فاکتور خطر ساز قبول ندارند.^(۱۷)

علی‌رغم تمام این موانع به نظر می‌رسد باز هم نقش دندانپزشکان در ترک استعمال دخانیات بسیار اساسی بوده و بایستی به عنوان یک سرویس قابل محاسبه در برنامه‌ریزی‌های کلان ترک سیگار در نظر گرفته شود.^(۳۶)

البته ناگفته نماند که در بسیاری از کشورها این امر سابقه دیرینه دارد. مثلاً در کانادا انجمن دندانپزشکان اونتاریو در سال ۱۹۸۷ یک بیانیه درباره نقش مستقیم و غیرمستقیم سیگار در سلامت صادر نمود و استفاده از سیگار را در اماکن عمومی ممنوع اعلام کرد. چند سال پس از آن هم، دخالت برای کنترل استعمال دخانیات را در حیطه مسئولیت حرفه‌ای دندانپزشکان قرار داد. در حال حاضر سیستم دندانپزشکی این کشور جزو پیشکسوتان این حیطه است.^(۲۷)

جدول ۳: مزایای ترک سیگار و انواع دیگر تنباکو^(۱و۵)

فشار خون به حالت نرمال برمی گردد.	(۱)	بعد از ۲۰ دقیقه از
ضربان نبض عادی می شود.	(۲)	آخرین سیگار
دمای دست و پا تا حالت عادی بالا می رود.	(۳)	
سطوح منوکسید کربن در خون به حالت عادی برمی گردد.	(۱)	بعد از ۸ ساعت
سطح اکسیژن خون تا میزان طبیعی بالا می رود.	(۲)	
شانس حمله قلبی کاهش می یابد.	(۱)	بعد از ۲۴ ساعت
پایانه های عصبی به نبود نیکوتین عادت می کنند.	(۱)	بعد از ۴۸ ساعت
قابلیت بویایی و چشائی بهبود می یابد.	(۲)	
بوی تنباکوی دهان از بین می رود.	(۳)	
توبول های ریوی شل شده و تنفس ساده تر می شود.	(۱)	بعد از ۷۲ ساعت
قابلیت ریه افزایش می یابد.	(۲)	
جریان خون بهبود قابل ملاحظه می یابد.	(۱)	بعد از ۲ هفته تا ۳ ماه
بدن آمادگی بیشتر جهت پیاده روی دارد.	(۲)	
فانکشن ریه تا ۳۰٪ افزایش می یابد.	(۳)	
سرفه، احتقان، خستگی و کوتاهی تنفس همگی بهتر می شود.	(۱)	بعد از ۱ تا ۱۹ ماه
مژک های ریه و اپی تلیوم تنفسی بازسازی شده و دارای موکوس می شود که نتیجه آن پاک سازی ریه و کاهش احتمال عفونت ریوی است.	(۲)	
انرژی کل بدن افزایش می یابد.	(۳)	
مرگ ناشی از بیماری قلبی تنها ۵۰٪ بیشتر از افراد غیر سیگاری است.	(۱)	بعد از ۱ سال
مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی به اندازه افراد غیر سیگاری است.	(۱)	بعد از ۵ سال
مرگ ناشی از سرطان تنها ۵۰٪ از افراد غیر سیگاری بیشتر است.	(۲)	
سلول های پیش بدخیم دهان و ریه کلاً با سلول طبیعی جایگزین می شوند.	(۱)	بعد از ۱۰ سال
مرگ و میر ناشی از سرطان ریه به اندازه افراد طبیعی است.	(۲)	
میزان بروز سایر سرطان های (دهان، حنجره، مری، مثانه، کلیه و پانکراس) به اندازه افراد عادی می شود.	(۳)	

درمان «وابستگی به تنباکو»^۱ در مطب های دندانپزشکی
ارائه داده است^(۳۱و۳۰) که شامل این موارد می باشد:

سرویس عمومی سلامت آمریکا Public Health Service
(PHS) در سال ۲۰۰۰، خطوط راهنمایی را به عنوان اصول

دخانیات پرسش کنید. اگر در منطقه شما سایر فرم‌های تنباکو (مانند ناس، قلیان و ...) شایع است حتماً درباره آنها پرسید. نوع، تکرار، مدت زمان و نحوه مصرف از مسائلی است که باید پرسیده شد. حداقل قدمی که می‌توانند در جهت ترک تنباکو بردارید این است که با پرسیدن درباره آن بصورت غیرمستقیم اهمیت آن را گوشزد کنید.^(۳۴) در این میان نقش نگاره‌های اخطاردهنده را نباید از یاد برد.^(۳۵)

گام دوم: توصیه (Advise)^(۳۲)

بایستی قویاً به تمام «استفاده‌کنندگان تنباکو» ترک آنرا توصیه نمود، توصیه می‌بایست:

۱) واضح: «من فکر می‌کنم برای شما ترک کردن سیگار و تنباکو واجب است و من شما را کمک می‌کنم» بایستی عوارض ادامه دادن مصرف تنباکو را بدون رودربایستی برای بیمار برشمرد.

۲) قوی: «به عنوان پزشک شما باید بگویم که ترک سیگار/تنباکو در حال حاضر مهمترین چیزی است که شما باید برای سلامتی خود انجام دهید و این کلینیک شما را در این زمینه یاری می‌کند.»

۳) متناسب با شرایط فرد: سعی کنید تا تنباکو را به بیماری یا مشکل فعلی بیمار (مثلاً پوسیدگی، بیماری تنفسی و/یا بهایی که بیمار می‌پردازد) ربط دهید و یا به انگیزش و آمادگی وی اشاره نمایید و زیان‌هایی که بر خانواده فرد تحمیل می‌شود را گوشزد کنید.^(۳۳)

گام سوم: ارزیابی (Assess)^(۳۲)

اگر فرد مایل به ترک است او را در مسیر مناسب هدایت کنید. بعد از توصیه، دسته‌ای هستند که تمایلی به ترک ندارند. در این افراد پروتکل "Five R" بکار خواهد آمد.

- «وابستگی به تنباکو» نوعی بیماری مزمن است.
- ترک دائمی در درصد اندکی از بیماران رخ می‌دهد. اکثر بیماران سال‌ها تنباکو را مصرف می‌کنند و دوره‌های از ترک موقت و اعتیاد مجدد را تجربه می‌نمایند.
- علیرغم تمام موارد بالا «وابستگی به تنباکو» طی دوره کوتاهی در مطب دندانپزشکی قابل درمان است.
- دندانپزشکان باید افراد «استفاده‌کننده تنباکو»^۱ را شناسایی و به ترک تشویق نمایند و انگیزش کافی و مشاوره و درمان دارویی لازم را به آنها ارائه نمایند.

توصیه‌های اصلی که دندانپزشک در آن نقش اجرایی اصلی دارد اصطلاحاً تحت عنوان دستورالعمل "Five A" نامیده می‌شود، که شامل ۵ مورد زیر است.^(۳۲)

- از بیمار خود راجع به استعمال دخانیات سوال کنید (ASK).
- حتماً بیمار را برای ترک استعمال دخانیات راهنمایی و نصیحت کنید (Advise).
- اشتیاق و میزان رغبت بیمار را در ترک استعمال دخانیات ارزیابی نمایید (Assess).
- بیمارانی که تمایل خود را برای ترک نشان می‌دهند کمک کنید (Assist).
- حتماً برای کنترل‌های مرتب این بیماران وقت و هماهنگی لازم را انجام دهید (Arrange).

این استراتژی کمتر از ۳ دقیقه وقت لازم دارد و اکثراً در زمان معمول ویزیت دندانپزشکی قابل اجرا خواهد بود.^(۲۰)

گام اول: پرسش (ASK)^(۳۳)

عادت کنید که از تمام بیماران خود درباره استعمال

1. Tobacco user

توسط دندانپزشکان مساوی و یا حتی بیشتر از سایر تخصص‌های مرتبط بوده است.^(۷۸) و این در صورتی است که این سرویس را در مطب دندانپزشکی می‌توان با قیمت مناسب‌تری ارائه داد.^(۱۷۳۲)

گام چهارم: کمک (Assist)^(۳۲)

به بیمار دارای انگیزه کمک کنید.

۱) یک تاریخ مشخص ظرف ۲ هفته آینده برای ترک معرفی کنید.

۲) از بیمار بخواهید خانواده، دوستان و همکاران را در جریان تصمیم خود گذاشته و از آنها یاری بخواهد.

۳) به بیمار بگویید باید منتظر علائم ترک به ویژه در چند هفته اول باشد.

۴) توصیه کنید محصولات تنباکو را از دور و بر خود جمع کند. قبل از شروع برنامه ترک، در اماکنی که بیشترین زمان را در آنجا می‌گذرانند، سیگار نکشد.

۵) از شرایط دردسر ساز مثل معاشرت با سیگاری‌های قهار که احتمال شکست را زیاد می‌کند، دوری کند.

۶) جملات برانگیزاننده در دور و بر خود نصب کند. (مثلاً روی درب اتاق، یخچال، آینه و ...)

۷) درمان دارویی را مد نظر قرار دهد.

گام پنجم: هماهنگی (Arrange)^(۳۲)

حالا وقت آن رسیده که نقش اصلی خود را به عنوان دندانپزشک آغاز نمایید.

برای شروع درمان و اقدامات لازم در کنترل استعمال دخانیات باید اول تاکید نمود که مطب و کلینیک دندانپزشکی، اجازه استعمال دخانیات به بیماران داده نشود و حتی تسهیلاتی مثل جاسیگاری در کلینیک نباید باشد.

• Relevance (انگیزه‌های و زمینه‌های فردی): یافتن مسائل شخصی که در آن فرد خاص، توجیه‌کننده ترک هستند؛ مانند بیماری، اعضای خانواده، سن، جنس، تجربیات قبلی و غیره.

• Risk (ریسک): برشمردن خطرات تداوم سیگار/ تنباکو و تاکید بر اینکه عوض کردن نوع تنباکو خطرات را دفع نمی‌کند. در جدول ۲ خطرات گوناگون استعمال سیگار/ تنباکو برشمرده شده که می‌توان آنها را برای بیمار برشمرد.

• Rewards (منافع): منافع حاصل از ترک سیگار/ تنباکو می‌تواند بیمار را به ترک تشویق کند: بهتر شدن طعم غذا، اعاده سلامتی، بهبود حس بویایی، صرفه جوئی، احساس خوب، تمیز و خوش بو شدن بدن و اطراف و به تاخیر انداختن پیری زودرس (جدول ۳).

• Roadblocks (موانع پنهان): دندانپزشک باید موانعی که در ذهن بیمار جهت ترک استعمال سیگار/ تنباکو وجود دارد را شناسائی و راه‌حل‌های موجود جهت آنها را به بیمار بشناساند. موانعی همچون ترس از درد و مشکلات ناشی از ترک، ترس از شکست، چاقی، نداشتن حمایت دیگران، افسردگی و از دست دادن لذت نشئگی.^(۳۲)

• Repetition (تکرار): تشویق مداوم و انگیزه دادن به بیمار باید در هر جلسه صورت گیرد.

بیاد داشته باشید که تمام افراد موفق در زمینه ترک بارها و بارها شکست را تجربه کرده‌اند درصد موفقیت تلاش‌های انفرادی جهت ترک در ایالات متحده ۲ تا ۴٪ است حال آنکه با مداخله دندانپزشکان این میزان به ۱۲ تا ۱۵٪ رسیده که میزان قابل توجهی است.^(۷۳۲)

در بسیاری از مطالعات میزان موفقیت به دست آمده

بی‌خطر در ترک سیگار معرفی نموده است. انتخاب دارو بسته به فرد تفاوت دارد همان طور که مشاوره‌ها و برنامه‌ریزی غیردارویی نیز بستگی به شرایط فرد و مهارت‌های او خواهد داشت. در حال حاضر ۲ تا ۳ ماه دارودرمانی جهت ترک سیگار/ تنباکو توصیه می‌شود. این بازه زمانی مدتی است که بیمار فرصت می‌یابد بتواند با شرایط پرخطر بدون ظهور علائم ترک کنار بیاید (حداقل ۶ ماه). هر چند روش‌های مبتنی بر رفتار درمانی صرف نیز مفید هستند ولی استفاده توأم از دارودرمانی و رفتار درمانی می‌تواند شانس ترک طولانی مدت را به حد قابل توجهی افزایش دهد. حتی درمان کوتاه مدت جهت ترک نیز توصیه می‌شود و باید به هر بیمار «مصرف کننده تنباکو» آنرا پیشنهاد داد.^(۱۷و۳۲)

اگرچه اکثر داروهای ذکر شده مربوط به دوره ترک سیگار هستند ولی می‌توان رژیم مشابهی را در زمان ترک سایر انواع تنباکو نیز بکار گرفت.^(۱)

دارو درمانی جهت ترک تنباکو

به طور کل دارو درمانی ترک سیگار شامل دو دسته کلی است:

۱) درمان‌های جایگزین نیکوتین NRT
(Nicotine Replacement Treatment)

۲) درمان‌های جایگزین غیر نیکوتینی NNRT
(None-Nicotine Replacement Treatment)

NRT (Nicotine Replacement Treatment)

منظور از روش (NRT) درمان با جایگزین‌های نیکوتینی و استفاده از منبع نیکوتینی است که فاقد مواد کارسینوژن، دود و منوکسیدکربن می‌باشد که بتدریج جایگزین سیگار یا استعمال تنباکوی بدون دود می‌گردد.^(۱۷)

برای آنکه علائم فقدان یا ترک دخانیات ظاهر نشود

دندانپزشک باید یکسری اقدامات را انجام دهد که عبارتند از:

۱) به بیمار کمک شود تا در این زمینه برنامه کاملی تهیه کند.

۲) برای او دارو تجویز نماید.

۳) بیمار را با مراکز، مشاوران و برنامه‌های موجود کشوری در این زمینه آشنا سازد.

۴) بیمار را با وب سایت‌های معتبر در این زمینه چه به صورت داخلی یا بین المللی آشنا نماید. همچنین می‌توان پوستر، بروشور یا پمفلت‌هایی که قبلاً تهیه دیده شده و در مطب وجود دارد را در اختیار بیمار قرار داد.

مطالعات اثبات نمودند که حتی مشاوره مختصر با بیماران (فردی یا گروهی) Tobacco use counseling (TUC) با بیماران درصد موفقیت را افزوده است، به هر حال مشاوره‌ها می‌تواند بصورت حضوری با کارشناسان مربوطه یا با کمک خط تلفنی باشد و مبنای آن بر این اساس استوار است که می‌توان در طرز تفکر و برداشت بیمار از سیگار کشیدن، تغییر ایجاد نمود.^(۳۲) علاوه بر این روش که «تغییر شناختی»^۱ نامید می‌شود هر چقدر زمان این تماس کلامی بیشتر باشد شانس موفقیت بیشتر خواهد بود. روش دیگر «رفتار درمانی»^۲ است که بیمار را باید از حضور در مکان‌ها و یا موقعیت‌هایی که شانس استعمال دخانیات افزوده می‌شود، منع نمود. این روش‌ها را می‌توان با جایگزین‌های نیکوتینی و داروها همراه نمود.^(۳۱)

چندین دارو وجود دارد که FDA (US Food and Drug Administration) آنها را به عنوان داروهای موثر و

1. Cognitive change
2. Behavioral therapy

هرچه بیمار به دخانیات وابسته تر باشد، مقادیر اولیه باید بیشتر در نظر گرفته شود. گاهی نیز از روش ترکیبی مثل پیچ و یک روش کوتاه اثر مثل آدامس، قرص مکیدنی یا اسپری بینی می‌توان استفاده کرد، از میان آنها نیکودرم (پیچ پوستی)، آدامس و قرص مکیدنی به صورت OTC^۱ بوده و انواع اسپری بینی و استنشاقی نیاز به تجویز پزشک دارند.^(۳۸)

همراهی NRT با مشاوره‌های تخصصی شانس موفقیت را بسیار افزایش می‌دهد.^(۱)

پیچ‌های نیکوتینی (Habitrol®, Nicotrol®, Nicoderm®):

این پیچ‌ها به منظور حذف یا کاهش علائم ترک به کار می‌روند. باید ۱ روز قبل از استفاده از پیچ، سیگار/ تنباکو قطع شود (این کار تحت نظر توصیه‌های منظم دندانپزشک باید انجام شود تا درصد موفقیت بالا رود. معمولاً به خوبی تحمل می‌شود و فقط در چند روز اول خارش، قرمزی و احساس سوزش در محل پیچ پوستی ممکن است احساس شود. گاهی بی‌خوابی، سوءهاضمه، درد عضلات و بدن و سرفه که همگی وابسته به دوز هستند ممکن است ایجاد شود. طرز مصرف در کادر ۱ آمده است.^(۳۱)

آدامس‌های نیکوتینی (Nicorette®):

آدامس جهت جایگزین کردن تدریجی نیکوتین با یک چیز جویدنی بکار می‌رود. عوارض گوارشی، مانند سسکه، سوءهاضمه، تهوع و نفخ از عوارض شایع آن است. درد فک، گاز گرفتن گونه، لق شدن دست دندان، زخم دهانی، طعم بد و احساس سوزش و زیاد شدن بزاق

باید سطح خونی نیکوتین ۱۵ تا ۱۸ نانوگرم در میلی لیتر باشد. یک سیگار به سرعت سطح خونی نیکوتین را به ۳۵ تا ۴۰ نانوگرم در لیتر می‌رساند و باعث تجربه احساس اغنا (Hit یا Rush)^۱ در هنگام سیگار کشیدن می‌گردد که در عرض ۲۵ تا ۳۰ دقیقه به حد پایه بر می‌گردد. نقش NRT در واقع این است که سطح خونی را بدون آنکه احساس اغنا ایجاد شود، حفظ نماید به نحوی که علائم ترک ظاهر نگردد. سپس بیمار به تدریج به مقادیر کم و کمتر سطح خونی نیکوتین عادت می‌کند تا زمانی که این رقم به صفر برسد.^(۱۷)

هدف از استفاده از NRT حذف و یا کاهش علائم ترک می‌باشد و به فرد داوطلب ترک کمک می‌نماید تا با اجزاء رفتاری-اجتماعی و روانی اعتیاد خود کنار بیاید. اگر علائم آنژین صدری شدید ظاهر شده یا علائم قلبی بیمار بدتر شود این داروها منع مصرف خواهند داشت. آنژین صدری پایدار جزو موارد منع مصرف NRT محسوب نمی‌شود.^(۳۷) در بیماران دچار هیپرتیروئیدی، دیابت وابسته به انسولین و زخم‌های پپتیک فعال NRT بایستی با احتیاط مصرف شود.^(۳۷)

NRT: از چند روش قابل انجام است: پیچ‌های پوستی، آدامس، قرص مکیدنی، استنشاقی و اسپری بینی.

همه محصولات NRT مورد تایید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) بوده و خط اول درمان دارویی موفق جهت ترک استعمال دخانیات محسوب می‌شوند. انتخاب NRT بر اساس تعداد سیگار مصرفی روزانه، اثرات جانبی محتمل آن و ترجیح بیمار متفاوت است.^(۳۷)

۱. Hit and rush: نوعی حس گرما، کیف کردن و اغنا و نشنگی که در اثر مصرف سیگار یا هر ماده محرک CNS ایجاد می‌شود. یکی از دلایل تداوم اعتیاد جستجوی فرد معنادار جهت رسیدن به این حس می‌باشد.

2. Over-the-counter: داروهایی که نیاز به تجویز پزشک ندارند.

ضدافسردگی غیر اختصاصی است. به نظر می‌رسد این دارو بر روی راه‌های دوپامینرژیک با یا بدون راه‌های نورآدرنرژیک درگیر در اعتیاد و ترک نیکوتین تاثیر می‌گذارد.^(۳۹)

این دارو به تنهایی و یا همراه محصولات NRT با یا بدون جلسات مشاوره موثر بوده است. یک یافته جالب این دارو جلوگیری از چاقی ناشی از ترک سیگار است اما در بیماران مبتلا یا مستعد به تشنج عدم تجویز دارد. کسانی که تومور، جراحی یا سکته مغزی داشته و یا دارای هر اختلال روانی به خصوص اختلالات خوردن (مانند بولیمیا) و پارکینسون هستند نیز نباید این دارو را مصرف کنند. خواب آلودگی، خشکی دهان، سردرد و کاهش اشتها شایع‌ترین عوارض این دارو است. حسن این دارو این است که می‌توان از هفته قبل از ترک آن را شروع کرد در حالی که در NRT بیمار حتماً باید سیگار را ترک کند و سپس دارو را شروع نماید تا سمیت ناشی از نیکوتین ایجاد نشود.^(۴۰)

داروهای دیگر که به عنوان خط دوم معرفی شده اما تایید FDA را ندارند و در ترک استعمال دخانیات موفق شناخته شدند عبارتند از: کلونیدین و نورتریپتیلین.^(۳۹)

اخیراً FDA داروی دیگری تحت عنوان Evareniclin که یک آگونیست نسبی گیرنده نیکوتین $\alpha 4\text{-}\beta 2$ (آلفا چهار بتا دو) می‌باشد را معرفی نموده است که دوپامین را تحریک و گیرنده نیکوتین را مسدود می‌کند و از تاثیرات و بازخورد و تشدید تقویت ناشی از استعمال دخانیات جلوگیری می‌نماید.^(۳۹)

از عوارض آن هستند. طرز مصرف در کادر ۱ آمده است.^(۳۹)

قرص مکیدنی نیکوتینی (Comit®):

این فرم شبیه آب نبات‌های مکیدنی و تنها داروی سریع‌الاثراثر مورد تایید FDA می‌باشد. این دارو نیاز به تجویز پزشک نداشته و بر اساس نیاز و تقاضای بیمار قابل مصرف است. این قرص‌ها می‌توانند سطح خونی نیکوتین را به سرعت بالا برده و بدون عوارض دود سیگار، سایر مواد آنرا جایگزین نماید. این دارو صرفاً جهت ترک سیگار توصیه شده و در ترک سایر انواع تنباکو هنوز به تایید نرسیده است. به دلیل چندین بار استفاده، کنترل بهتری را بر علائم ترک ایجاد می‌نماید.^(۳۹) طرز استفاده در کادر ۱ آمده است.

نیکوتین به فرم اسپری بینی (Nicotrol NS®) و استنشاقی (Nicotrol®):

این دو فرم نیاز به تجویز پزشک دارند و هر دو گران قیمت هستند. فرم استنشاقی اثر کمتری دارد و برای سیگاری‌های قهار مناسب نیست. این دو دارو اگر طی ۴ هفته مناسب نباشند باید قطع شوند.

تحقیقات نشان داده که NRT می‌تواند احتمال ترک سیگار را ۱/۵ تا ۲ برابر افزایش دهد و اگر همزمان با مشاوره ترک سیگار باشد کارایی بالائی خواهد داشت.^(۴۰) در یک مطالعه متاآنالیز بر روی ۶ مطالعه برای کارایی تجویز NRT در مطب دندانپزشکی که مشاوره توام با NRT را با بدون آن مقایسه کرده است نتایج در گروه توام با مشاوره ۳ درصد موفقیت بالاتری نشان داده است.^(۴۱)

روش‌های جایگزین داروئی غیر نیکوتینی NNRT (None-Nicotine Replacement Treatment):

خط اول درمان NTNR، تایید شده FDA کاربرد Bupropion SR (نام تجاری Zyban®) است که یک

کادر ۱: طرز مصرف داروهای مورد استفاده در ترک تنباکو^(۱۵)

<p>روزی یک چسب پوستی به مدت ۶ هفته استفاده کنید. (دارای ۲۲-۲۱ میلی گرم نیکوتین) ابتدای صبح پیچ را در محل سالم و تمیزی از پوست که خشک و بدون مو باشد بچسبانید و حداقل تا ۱ هفته آن محل را مجدداً برای چسباندن پیچ استفاده نکنید. در روزهای بعدی می‌توان از پیچ با دوز کمتر استفاده نمود. گاهی به تنهایی کافی نیست و باید در ترکیب با سایر روشها استفاده شود. افراد کمتر از ۱۸ سال، زنان شیرده و حامله، بیماران دچار آریتمی و افرادی که به تازگی سکته قلبی کرده اند نباید از پیچ استفاده کنند. این پیچها در افراد دچار فنوکروموسایتوما، زخم پپتیک، دیابت، فشار خون، بیماریهای پوستی شدید، بیماری کلیه و کبد باید با مشاوره، پزشک مصرف شود.</p>	<p>پیچهای نیکوتینی</p>
<p>قبل از استفاده از آدامس نباید سیگار کشید و یا از نوشیدنیهای اسیدی و گرم (مثل چای و قهوه، نوشابه، آبمیوه، ماء الشعیر و حتی شیر) استفاده کرد. روش جویدن این آدامس با آدامسهای معمولی فرق دارد. آدامس نیکوتینی را باید ابتدا به آهستگی جوید تا وقتی که مزه تند و احساس مورمور در دهان ایجاد شود. در این زمان جویدن را متوقف کرده و آدامس را جایی در دهان نگه می‌داریم. (روش بجو- سپس نگه دار) (chew chew, park) وقتی مزه تند بعد از حدود ۱ دقیقه از بین رفت دوباره شروع به جویدن می‌کنیم و به همین ترتیب در جای متفاوتی در دهان نگه می‌داریم. این کار تا ۳۰ دقیقه انجام شده و سپس آدامس دور انداخته می‌شود. ۲۰ تا ۳۰ آدامس ۲ mg در روز توصیه می‌شود و مدت زمان مصرف ۳ تا ۶ ماه می‌باشد. بهتر است قطع آن تدریجی باشد. موارد منع مصرف مشابه پیچهای نیکوتینی است بعلاوه اینکه این روش برای افرادی که در مفصل گیجگاهی فکی دچار مشکل هستند مناسب نیست.</p>	<p>آدامسهای نیکوتینی</p>
<p>اگر بیمار ظرف نیم ساعت بعد از خواب سیگار می‌کشد قرص ۴ mg و در غیر این صورت قرص ۲ mg استفاده می‌شود. یک قرص در دهان نگه داشته و به آهستگی بمکید تا حل شود (تقریباً ۰/۵ ساعت) از یک ربع قبل و نیز ضمن حل شدن قرص چیزی خورده نشود. بلعیدن و ناگهانی جویدن قرص سبب ایجاد عوارض گوارشی می‌شود. در کنار این دارو بایستی آب فراوان نیز نوشید. در زمان حاملگی باید با مشورت مصرف شود. حداکثر مصرف ۲۰ قرص به صورت یکی یکی و با فاصله زمانی مناسب در یک روز است. در طی ۶ ساعت حداکثر ۵ قرص می‌توان مکید.</p>	<p>قرص میکدنی</p>
<p>روزی یک قرص ۱۵۰ mg در صبحگاه سه روز اول و سپس دو قرص (یکی صبح و دیگری بعدازظهر با حداقل فاصله ۸ ساعت) هرگز نباید بیش از دو قرص مصرف شود.</p>	<p>قرص ZYBAN®</p>

نتیجه گیری

می‌باشد.^(۴۲) به دلایلی که اشاره شد، دندانپزشکان نیز به عنوان یکی از افرادی هستند که به جهت مسئولیت حرفه‌ای خود در قبال تامین سلامت بیماران باید مهارت و آگاهی و انگیزش لازم را برای کمک به بیماران خود برای ترک استعمال کسب نمایند^(۲۰) و در این راستا لازم است در کوریکولومهای آموزشی دندانپزشکی تغییرات عمده‌ای صورت پذیرد تا زیر ساخت‌های این امر فراهم گردد. در مطب‌های دندانپزشکی مشاوره نخست با بیان تاثیر

در مجموع می‌توان گفت کلیه کارکنان بهداشتی- درمانی موظف به شناسایی افرادی که استعمال دخانیات دارند می‌باشند و باید آنها را تشویق به ترک استعمال دخانیات نموده و در این راه به آنان کمک کنند.^(۲۰) مطالعات مشخص نمودند که ۷۰ درصد سیگاریها تمایل دارند سیگار خود را ترک نمایند.^(۴۲) هر چند تعداد افرادی که موفق به ترک شدند در قیاس با افراد ناموفق بسیار کم

در این جهت وجود دارد. به خصوص که در یک تحقیق بر روی آگاهی افراد راجع به سرطان دهان در مشهد مشخص شد که بسیاری از افراد (بیش از ۸۰٪) سیگار را به عنوان عامل سرطان در دهان نمی‌شناسند^(۴۳) و دندانپزشکان باید نسبت به آگاه کردن مردم در این زمینه تلاش نمایند و چنانچه آموزش‌های مناسبی در یافت نمایند می‌توانند نقش موثری در ترک استعمال دخانیات داشته باشند.

استعمال دخانیات در حفره دهان آغاز می‌شود و با مجموعه اقدامات شامل نمایش فیلم اسلاید، معرفی پمفلت، بروشور در موارد عوارض دخانیات در دهان و مشاوره و کنترل بیمار ادامه می‌یابد که مجموعه این اقدامات با NRT شانس موفقیت را تا ۲۰ درصد افزایش می‌دهد.^(۳۲)

در حال حاضر دندانپزشکان ایرانی دوره‌های آموزشی مناسب برای انجام وظیفه در حیطه کنترل استعمال دخانیات را سپری نکرده اند و نیاز به برنامه ریزی اساسی

منابع

1. Mohammad AR. Tobacco Cessation: Clinician's Guide. 1st ed. Hamilton: B.C. Decker Inc; 2006. P. 1-9, 35-40, 46-8.
2. Doll R. Tobacco: A medical history. J Urban Health 1999; 76(3): 289-313.
3. Slade J. The tobacco epidemic: Lessons from history. J Psychoactive Drugs 1989; 21(3): 281-91.
4. Mehrabi S, Delavari A, Moradi GH, Esmaelinasab N, Poolady A, Alikhani S, et al. Cigarette consumption in 15-64 year old Iranian population, Year 1384. Iranain Journal of Professional Epidemiology 2007; 3(1,2): 1-9. (Persian)
5. Henningfield JE, Benowitz NL, Slade J, Houston TP, Davis RM, Deitchman SD. Reducing the addictiveness of cigarettes. Tob Control 1998; 7(3): 281-93.
6. Mosannen-Mozaffari P. Evaluation of the diagnostic value of a modified liquid- based cytology using oralCDx brush in early detection of oral potentially malignant lesions and oral cancer. [Doctorate Thesis]. Iran. Dental School of Mashhad University of Medical Sciences; 2007. (Persian)
7. Hanioka T, Ojiima M, Tanaka H, Naito M, Hamajima N, Matsuse R. Intensive smoking-cessation intervention in the dental setting. J Dent Res 2010; 89(1): 66-70.
8. Squier C. Introduction: Tobacco, human disease and the role of the dental profession. J Dent Educ 2001; 65(4): 303-5.
9. Moghimbeigi A, Eshraghian MR, Mohammad K, Nourijelyani K, Husseini M. Determinants number of cigarette smoked with Iranian adolescents: A multilevel zero inflated poisson regression model. Iranian J Publ Health 2009; 38(4): 91-6. (Persian)
10. The cigarette "transit" road to the Islamic Republic of Iran and Iraq: Illicit tobacco trade in the Middle East. 2nd ed. Cario: World Health Organization; 2003. P. 53.
11. Kazemi A, Kazemi A, Nekuei NS, Zandiyeh Z. Smoking pattern in high school students in Isfahan. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2008; 13(1): 36-9.
12. William Samii A. Drug abuse: Iran's "thorniest problem". Brown Journal of World Affairs 2003; q(2): 283.
13. Delavarian Z, Pakfetrat A, Mahmoodi M. Five years evaluation of oromaxillofacial malignancies in patients referred to Mashhad dental school. J Mash Dent Sch 2009; 33(2): 129-38.
14. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. BMC Public Health 2010; 10: 211.
15. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Dental management of medically compromised patients. 7th ed. Sanfrancisco: Mosby Co; 2007. P. 106-14.

16. Tafti SF, Jamaati HR, Heydarnejad H, Heydari GR, Milani HS, Amini S, et al. Daily expenditure of cigarette smoking in Tehran. *Tanaffos* 2006; 5(4): 65-70. (Persian)
17. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 2002; 66(9): 1079-87.
18. Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG, Gallagher JE, Lahtinen A, Ainoma A. Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J* 2010; 60(1): 3-6.
19. Burt BA, Eklund SA. *Dentistry, Dental Practice and the Community*. 6th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 2008. P. 294.
20. Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N, Schoonheim-Klein M, Compton S, Al-Hazmi N, et al. Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals-a paradigm shift. *Int Dent J* 2010; 60(1): 60-72.
21. Mecklenburg R. Tobacco effects in the mouth: NIH Publication; 2004. P. 5-15.
22. Khoshnevisan MH. Iranian dentists attitude toward smoking cessation programs. 2010; [1 screen] Available at: URL: <http://www.IDAweb.ir>. Accessed June 01, 2010.
23. Ziaaddini H, Meymandi MS, Zarezadeh A. The prevalence and motivation of cigarette smoking among Kerman high school students. *Iran J Psychiatry* 2007; 2: 41-5.
24. Campbell HS, Simpson EH, Petty TL, Jennett PA. Addressing oral disease-the case for tobacco cessation services. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(3): 141-4.
25. Watt RG, McGlone P, Dykes J, Smith M. Barriers limiting dentists' active involvement in smoking cessation. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2(2): 95-102.
26. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 378-85.
27. Brothwell DJ, Gelskey SC. Tobacco use cessation services provided by dentists and dental hygienists in Manitoba: part 1. Influence of practitioner demographics and psychosocial factors. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(10): 905.
28. Sandhu HS. A practical guide to tobacco cessation in dental offices. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(3): 153-7.
29. Koerber A, Crawford J, O'Connell K. The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: A pilot study. *J Dent Educ* 2003; 67(4): 439-47.
30. Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 30-5.
31. Needleman IG, Binnie VI, Ainamo A, Carr AB, Fundak A, Koeber A, et al. Improving the effectiveness of tobacco use cessation (TUC). *Int Dent J* 2010; 60(1): 50-9.
32. Tomar SL. Tobacco concerns. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(2): 152.
33. Stafne EE, Bakdash B. Tobacco cessation intervention: How to communicate with tobacco using patients. *J Contemp Dent Pract* 2000; 1(4): 37-47.
34. Hanroka T, Ojima M, Hamajima N, Natio M. Patient feedback as a motivating force to quit smoking. *J Dent Edu* 2007; 35(4): 310-7.
35. Afifah R, Schwarz E. Patient demand for smoking cessation advice in dentist offices after introduction of graphic health warnings in Australia. *Aust Dent J* 2008; 53(3): 208-16.
36. Franklin DR. Breaking the smoking habit: Behavioral aspects of tobacco cessation. *Tex Dent J* 2005; 122(6): 558-65.
37. Lavelle C, Birek C, Scott DA. Are nicotine replacement strategies to facilitate smoking cessation safe? *J Can Dent Assoc* 2003; 69(9): 592-7.
38. Covington LL, Breault LG, O'Brien JJ, Hatfield CH, Vasquez SM, Lutka RW. An innovative tobacco use cessation program for military dental clinics. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(2): 151-63.
39. Christen AG, Jay SJ, Christen JA. Tobacco cessation and nicotine replacement therapy for dental practice. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(2): 94-8.
40. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23(1): CD 000146.
41. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 25(1): CD 005084.
42. Pakfetrat A, Falaki F, Esmaily H, Shabestari S. Oral cancer knowledge among patients referring to Mashhad Dental School, Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13(6): 543-8.