

روش‌های ترک سیگار و بهداشت روانی مصرف‌کنندگان، مقاله مروری

Methods of smoking cessation and consumer mental health, review article

نویسنده اول : رضالطفی لله لو

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

آدرس پست الکترونیک: rezalotfise@gmail.com

چکیده:

مقدمه : با وجود این که سیگار برای انسان مضر شناخته شده است، مصرف آن در میان افراد جامعه رو به افزایش است و انتظار می‌رود که تا سال 2030 میلادی استعمال دخانیات یکی از عوامل مرگ و میر قابل پیشگیری میان سراسر مردم جهان باشد. روش تحقیق: در این مطالعه مروری اطلاعات بین سال‌های 2010 تا 2018 از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ISI, SIENCEDIRECT, SID, GOOGLESCHOLAR با وارد کردن کلمات کلیدی سیگار، ترک، بهداشت روان، استخراج گردید. معیارهای ورود به مقالات شامل درج کلمات مورد جستجو در بخش عنوان و یا کلمات کلیدی مقالات بود، سپس مقالات با موضوع ناقص و مقالاتی که کمتر به مطالعه مربوط بودند، از مطالعه خارج شدند.

یافته‌ها : با توجه به مطالعاتی که در این پژوهش صورت گرفته است، نتایج حاکی از همبودی بسیاری از اختلالات روانی جسمی و بهداشت روان با مصرف سیگار است، روش‌های مورد تایید FDA در ترک سیگار نیز نقش مهمی را در افزایش موفقیت و کاهش ریسک بازگشت به مصرف مجدد را نوید می‌دهد.

نتیجه‌گیری: ترک سیگار باعث جلوگیری از بسیاری بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی می‌شود و براساس مطالعات انجام شده بهترین روش ترک دخانیات روشی است که همراه با مشاوره و درمان‌های جایگزینی نیکوتین باشد، همچنین درمان اعتیاد به نیکوتین می‌تواند باعث کاهش ریسک ابتلا به بیماری‌های مختلف گردد و باعث جلوگیری از یکی از عوامل مرگ و میر قابل پیشگیری باشد.

کلمات کلیدی : سیگار، ترک، بهداشت روانی، مروری

مقدمه:

نیکوتین یکی از رایج ترین مخدرها در جهان است، در جامعه حال حاضر ما سیگار کشیدن رایج و مجاز تلقی می‌شود. امروزه عموماً پذیرفته شده است که نیکوتین سیگار اعتیادآور است، با این حال ما از معتاد نامیدن فردی که به سیگار اعتیاد دارد، خوداری می‌کنیم (روزنهان و سلیگمن، 1393).

در چهارمین طبقه بندی اختلال‌های روانی از نیکوتین به عنوان موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد نام برده شده است (سادوک و سادوک، ترجمه پور افکاری، 1391) همچنین شیوع بالای مصرف نیکوتین آن را به یکی از رایج ترین اختلالات روانپزشکی تبدیل کرده است. (هابلت و همکاران، 2006). نیکوتین از طریق تخدین یا جویدن توتون وارد بدن می‌شود و وابستگی به سیگار را سبب می‌شود (سادوک و سادوک، ترجمه پور افکاری، 1391).

در ایران بالغ بر 10 میلیون فرد سیگاری هم اکنون وجود داشته، میزان مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات نیز در میان این افراد، حدود 70000 نفر در سال تخمین زده شده است. پیش بینی می‌شود در صورتی که الگوی مصرف کنونی به همین روال تداوم یابد، میزان مرگ و میر ناشی از آن به 200000 نفر در سال 2025 افزایش خواهد یافت. همچنین، شیوع کلی استعمال دخانیات در انواع مختلف مردان ایرانی از عدد 12/6 درصد در سال 1994 به عدد 16/3 درصد در سال 1998 افزایش یافته است (سازمان بهداشت جهانی، 2009). بر طبق بررسی‌ها، 12/5 درصد ایرانی‌ها بین سنین 15 تا 64 ساله سیگار می‌کشند (ضیاعدینی، 2006).

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را این چنین تعریف می‌کند بهداشت روانی به گستره وسیعی از فعالیت‌های مستقیم و غیرمستقیم اشاره دارد که به احساس بهزیستی روانی منجر می‌شود، عناصر بهزیستی روانی از نظر سازمان بهداشت جهانی عبارتند از: کمال وضعیت جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی و نه تنها ارتقای سطح فقدان بیماری‌ها مفهوم سلامت روانی نیز از نظر سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی است (سازمان بهداشت جهانی، 2009). سیگار یکی از مهمترین عوامل بروز بیماری‌های تنفسی، قلبی و عروقی و سرطان‌ها است، همچنین یکی از شایع ترین عوامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است. مصرف سیگار بیشتر در بین کشورهای در حال توسعه است که با افزایش مصرف سیگار در بین مردان با شیوع تقریبی 50 درصدی و در زنان با شیوع 9 درصد می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، 2009).

براساس بررسی‌های به عمل آمده یک سوم درآمدها در خانواده‌های فقیر صرف خرید سیگار می‌شود. همچنین سازمان بهداشت جهانی در سال 2009 اعلام کرد که مصرف سیگار در بین ایرانیان در سنین 15 سال و کمتر بر اساس جنس، 21 درصد در مردان و کمتر 1 درصد در زنان است (توکلی، قهرمانی و مقیمان، 2005).

ترک سیگار به عنوان یکی از عوامل مهم در سلامتی مصرف کنندگان دخانیات مطرح است، چرا که در صورت عدم ترک حدود 50 درصد احتمال مرگ زود رس بر اثر مصرف سیگار را دارند، با ترک سیگار هزینه ای حدود 2000 تا 4000 دلار در سال صرفه جویی می‌شود که یکی از مقرون به صرفه ترین اقدامات است (تنگش و همکاران، 1995).

نیکوتین ماده اعتیادآور سیگار است. زمانی که فردی مصرف سیگار را قطع می‌کند طبیعی است که سندرم محرومیت از نیکوتین را تجربه کند زیرا بدن به ترشح مداوم نیکوتین در سیستم عصبی عادت کرده است. خطرات احتمالی درارتباط با ترک سیگار از

جمله سندرم محرومیت از نیکوتین می‌تواند تأثیر منفی بر انگیزه ترک و نتیجه درمان داشته باشد (حیدری، شریفی و مسجدی، 2004).

روش تحقیق: در این مطالعه مروری اطلاعات بین سال‌های 2008 تا 2018 از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ISI, SIENCEDIRECT, SID, GOOGLESCHOLAR, با وارد کردن کلمات کلیدی سیگار، ترک، بهداشت روان، استخراج گردید. معیارهای ورود به مقالات شامل درج کلمات مورد جستجو در بخش عنوان و یا کلمات کلیدی مقالات بود، سپس مقالات با موضوع ناقص و مقالاتی که کمتر به مطالعه مربوط بودند، از مطالعه خارج شدند. در جستجوی مقالات به بررسی جامع مقالات منتشر شده در خصوص سیگار، راه‌های ترک آن و ارتباط دخانیات با بهداشت روان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: درج کلمات مورد جستجو در بخش عنوان و کلیدواژه‌های مقالات بود، و از بین 100 مقاله مورد مطالعه 23 مورد به علت نامرتب بودن یافته‌ها، تکراری بودن و گسترده بودن از مطالعه خارج شدند و در نهایت 77 مقاله مورد بررسی قرار گرفتند.

جستجوی کلمات در بخش عنوان مقالات یا کلمات کلیدی صورت گرفت و با استفاده از مقالات استخراج شده در پایگاه‌های علمی معتبر به بررسی جنبه‌های مختلف ترک دخانیات و بهداشت روان پرداخته شد.

یافته‌ها: طیف وسیعی از روش‌های درمانی مشتمل بر آدامس نیکوتینی، برچسب‌های پوستی نیکوتین، قرص مکیدی، قرص زیر زبانی، نیکوتین استنشاقی، اسپری بینی و برخی داروها مانند داروی ضد غیر اختصاصی افسردگی بوپروپیون و دارو وارنیکلین به عنوان جایگزین و ترک مصرف سیگار توصیه شده است. با وجود استفاده از این روش‌ها، شواهد روشن مبنی بر برتری هیچ یک از این روش‌ها نسبت به سایر روش‌ها وجود ندارد (استاد و همکاران، 2008؛ میلر، 2001).

تحقیقات گسترده‌ای در خصوص بررسی کارایی و ترک سیگار گزارش شده است که تحقیقات متعددی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری را در اختلال‌های گوناگون از جمله سومصرف مواد نشان داده‌اند (گاورس گرین، 2004).

در مطالعه‌ای نیمه تجربی که با هدف اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وابستگی نیکوتین بر روی دارای مشکل فشارخون بالا در طی 6 جلسه 90 دقیقه‌ای انجام شد، درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش مصرف سیگار آزمودنی‌ها گردید (ستوده اصل و همکاران، 1388).

همچنین در ارتباط با این تحقیق، تحقیقی 6 هفته‌ای روی بیماران افسرده وابسته به نیکوتین با سه شیوه درمانی دارو درمانی، استفاده از چسب نیکوتینی و درمان شناختی-رفتاری صورت گرفت، که درمان شناختی-رفتاری نشان داد که از هریک از دو روش دیگر موثر تر بوده است، اما استفاده توأم همراه با دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری نتایج بهتری را در بر داشته است (هال و همکاران، 2006) نتایج این تحقیق با تحقیق فیوری و همکاران (2008) و مک پترسون و همکاران (2010) نیز همسو بود. در زمینه تاثیر درمان شناختی-رفتاری در درمان سوء مصرف مواد، نشان داد که این شیوه مداخله قادر است با ایجاد تغییر در نظام شناختی-رفتاری موجب افزایش توانایی افراد برای رویارویی با عوامل تنش در زندگی و کاهش مصرف سیگار شود (کارتر و همکاران، 2011؛ هندرز، 2009).

نتایج تحقیق پاراپسیو و همکاران (2007) و باتلر و همکاران (2006) نیز نشان داد که مداخلات روان شناختی و آموزش‌های بالینی قادرند تغییرات پایداری را در کاهش و ترک دخانیات ایجاد کنند. البته در رابطه با کارایی روش‌های مختلف ترک دخانیات، گاه نتایج متناقض دیده می‌شود و برخی پژوهشگران دیدگاه نامطلوبی در خصوص مشاوره روانی، راهنمایی و روان درمانی ایراد کرده‌اند و بر عدم تاثیر آن تاکید کرده‌اند (اوکنه، 1987؛ وفایی، شهامفر و فدایی حق، 1381).

یکی دیگر از روش‌های مداخله برای ترک سیگار افزایش دادن اطلاعات بیماران با استفاده از کلام و تصاویر نشان دهنده آسیب‌های فیزیکی ناشی از مصرف سیگار است که باز خورد این اطلاعات می‌تواند به ترک و یا کاهش مصرف دخانیات منجر شود، چراکه این افزایش اطلاعات سبب ترس مصرف کننده از زیان‌های سیگار شده و انگیزه وی را برای ترک افزایش می‌دهد

(کامرون، 2003). البته در کشورهای آسیایی کمبودهای قابل ملاحظه‌ای در زمینه ایجاد آموزش، ایجاد انگیزه برای افراد مصرف کننده سیگار وجود دارد (چاپمن، 2004).

در مطالعه باوت و همکاران (2003) بررسی این امر که آیا آموزش و مشاهده عکس‌های سونوگرافی و آترواسکلروز و پلاک‌های عروقی خود افراد مصرف کننده دخانیات بستری در بیمارستان باعث کاهش مصرف می‌شود، میزان ترک در گروه اول 12 درصد و در گروه دوم 6 درصد بود، در این مطالعه افرادی که تصویر یا عکس مشاهده کرده بودند 16 درصد بیشتر نسبت به به گروه کنترل سیگار را ترک کرده بودند و بعد از عمل جراحی بای پس قلب 51 درصد بوده است (دول و همکاران، 1994).

در مطالعه دیگری که بر روی بیماران پس از عمل بای پس عروق کرونر بوسیله همین روش انجام شد، میزان ترک سیگار پس از سه ماه 79/6 درصد از افراد گروه مداخله و 66 درصد از افراد گروه شاهد سیگار را ترک کرده بودند (مقدم کریمی و زارچی، 1391).

یکی دیگر از روش‌های ترک دخانیات سخنرانی است که شیوه‌ای نسبتاً اقتصادی برای افرادی است که تمایلی به کتاب خواندن و یا تماشای تلویزیون ندارند، چرا که سخنرانی می‌تواند باعث افزایش آگاهی نسبت به مضرات سیگار گردد (برگمن و فالیت، 1997). همچنین در مطالعه تاثیر آموزش بر آگاهی با سه روش سخنرانی، توزیع پمفلت و نصب پوستر آموزشی در خصوص استعمال دخانیات انجام شد، نتیجه نشان گر بهبودی آگاهی هر سه گروه از مصرف سیگار بود (سجادی، ایزدی و غفوریان، 1388، تومار، 2007). در تحقیق (فاضل پور و همکاران، 2004) بین نگرش افراد و آگاهی مناسب به عوارض و مضرات سیگار ارتباط قوی وجود داشت، در واقع هر چه قدر که دانش و اطلاعات فرد از مضرات دخانیات بیشتر باشد، کمتر از مواد دخانی استفاده می‌کند (فیاض بخش شکوهی و جراحی، 1388، سایمونز، وب و برندون، 2004).

در مطالعه دیگری مداخله واقعیت درمانی مبتنی بر نگرش نسبت سیگار در دانش آموزان در طی 10 جلسه یک ساعت و چهل پنج دقیقه ای صورت گرفت، نتیجه بیانگر این موضوع بود که واقعیت درمانی گروهی در کاهش نگرش مثبت دانش آموزان به سیگار اثربخش بوده است (پناه علی، شفیع آبادی و احقر، 1388)، نتایج این تحقیق با مطالعه (حداد و مالاک، 2002؛ میزیاک و همکاران، 2004) همسو بوده است، در واقعیت درمانی افراد با قبول مسئولیت اجتماعی و قضاوت اخلاقی درست و نادرست آشنا می‌شوند (مورتون و مورتون، 2006)، در واقع در واقعیت درمانی یا تئوری انتخاب ما نحوه کنترل درونی و چرایی و چگونگی انتخاب های که زندگی ما را جهت می‌دهد آشنا می‌شویم (وولبدینگ، 2006).

در مطالعات دیگر اولین قدم را برای تغییر و ترک سیگار داشتن انگیزه عنوان می‌کنند، چرا که این امر در بسیاری از موارد نادیده گرفته می‌شود (واکی و همکاران، 2007)، برای افراد سیگاری 3 مرحله انگیزشی را عنوان می‌کنند، که به ترتیب عبارت است از آمادگی نداشتن برای ترک 40 درصد، نامطمئن برای ترک حدود 40 درصد و آماده برای ترک 20 درصد (بولین ویلر، 2006) مداخلات برای ترک دخانیات در دو گروه اول نه تنها مناسب نیست بلکه حتی تجربه شکست را در آنها بوجود می‌آورد، در نتیجه برای شناخت انگیزه و آمادگی کافی مصرف کنندگان برای شرکت در برنامه ترک سیگاری توان از مصاحبه بالینی و یا تست های انگیزشی استفاده کرد، نتایج مطالعات نشان داده است که هرچه قدر افراد نمرات بالاتری را در مصاحبه و یا تست های بالینی کسب کنند احتمال اینکه ترک موفقیت آمیزتر داشته باشند بیشتر است (فاگشتروم، 2005، هایس و ابرت، 2003).

سندرم محرومیت از نیکوتین می‌تواند اثر منفی بر انگیزه و نتیجه ترک داشته باشد که البته شدت محرومیت با میزان مصرف سیگار وابسته است (شیفمن وست و گیلبرت، 2004). شایع ترین علائم محرومیت از نیکوتین شامل تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی، اختلال تمرکز، بی‌خوابی، اشتیاق به سیگار، بی‌قراری و افزایش اشتها می‌باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، 2013).

در مورد علائم سندرم محرومیت از نیکوتین در مطالعه هایونیتزو همکاران (1997) انجام شد، مشخص گردید که میزان وابستگی به نیکوتین تاثیر زیادی در نتیجه ترک دارد و بهتر است برای افراد با وابستگی بالا به نیکوتین از روش ترک تدریجی و از افراد با وابستگی پایین به نیکوتین از روش ترک یک باره استفاده شود (فیوری و همکاران، 2000).

مداخلات حمایتی دارویی از جمله نیکوتین و بوپروپیون تراپی افزایش میزان ترک سیگار را ممکن کرده‌اند (استاد و همکاران، 2008).

درمان‌های دارویی جهت ترک سیگار

درمان دارویی برای ترک سیگار شامل دو بخش کلی است: 1. درمان‌های جایگزین نیکوتین 2. درمان‌های جایگزین بدون استفاده از نیکوتین، منظور از روش‌های جایگزین نیکوتین استفاده از جایگزین‌های است که فاقد دود و منوکسیدکربن هستند (وارناکلاسرین، 2002). هدف استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین کمک به ترک فرد مصرف کننده است و از چند طریق این کار انجام می‌شود: آدامس‌های نیکوتینی، برچسب‌های نیکوتینی، قرص‌های مکیدنی، اسپری استنشاقی و بینی. آدامس‌های نیکوتینی جهت جایگزین نمودن نیکوتین با یک چیز جویدنی بکار می‌روند و عوارض گوارشی، سکسه و سوء هاضمه، درد فک و شل شدن دندان‌ها از مشکلات شایع آنها است، 20 تا 30 آدامس 2 میلی گرم در روز توصیه می‌شود و مدت زمان مصرف بین 3 تا 6 ماه است و بهتر است که قطع تدریجی صورت بگیرد (لیتل و همکاران، 2007).

برچسب‌های نیکوتینی، این برچسب‌ها به منظور کاهش علائم ترک استفاده می‌شوند و بهتر است زیر نظر پزشک استفاده شوند تا درصد موفقیت بالاتر رود و تنها ممکن است در چند روز اول قرمزی و یا خارش احساس شود و از عوارض شایع اش می‌توان به سردرد، سرفه و درد عضلات اشاره کرد که همگی وابسته به دوز هستند (نیدل من، 2010).

قرص‌های مکیدنی نیکوتینی به علت چسبیدن به مخاط دهانی و آزاد سازی آهسته دارو مورد توجه است و می‌تواند نیکوتین موجود در خود را بصورت قابل تنظیم آزاد نماید، به طوری که فرد می‌تواند وابستگی خود را به نیکوتین کاهش دهد (راینستاین، 2008).

اسپری بینی نیکوتینی، این فرم از درمان جایگزینی معمولاً گران قیمت هستند و مناسب افراد سیگاری قهار نیست و باید تحت نظر پزشک مصرف شود، در یک مطالعه متاآنالیز که بر روی 6 مطالعه صورت گرفته بود نتایج نشان داد که در گروهی که اسپری بینی را همراه با مشاوره صورت داده بودند، این گروه 3 درصد شانس موفقیت بالاتری برای ترک داشتند (کار و ابرت، 2006) همه این محصولات مورد تایید سازمان غذا و دارو آمریکا است و از جمله درمان‌های دارویی خط اول موفق ترک سیگار است (لاوله، 2003)، همچنین درمان دارویی به همراه مشاوره شانس موفقیت ترک سیگار را افزایش می‌دهد (محمد، 2006).

درمان‌های جایگزین بدون استفاده از نیکوتین

داروی بوپروپیون (نام تجاری Zyban) دارای تاییده سازمان غذا و دارو آمریکا است که یک داروی غیر اختصاصی ضد افسردگی است و این دارو بر راه‌های دوپامین انرژیک یا نوروانرژیک در مساله اعتیاد اثر می‌گذارد (محمد، 2006). یک نکته جالب در مورد این دارو این است که در خصوص جلوگیری از چاقی ناشی از سیگار تاثیر دارد، البته در بیماران مبتلا و یا مستعد به تشنج نباید تجویز گردد، همچنین افرادی که دارای اختلال روانی بولمیا، جراحی، سکتة مغزی و پارکینسون نیز بوده‌اند نباید این دارو را مصرف کنند. خواب آلودگی، سردرد و کاهش اشتها از عوارض شایع این دارو هستند (سلگی، 2008). البته سازمان غذا و دارو آمریکا داروی دیگری را به نام وارنیکلین معرفی کرده است که یک آگونیست نسبی گیرنده نیکوتین است که تحریک گیرنده نیکوتینی را بلاک می‌کند و از اثرات تقویت شدید استعمال دخانیات جلوگیری می‌نماید (کریستین و جای، 2004).

بهداشت روانی

بهداشت روانی نیمی از هزینه‌ها را در آمریکا در افراد بالغ در بر دارد (هانت و ایزنبرگ، 2010) و مشکلات بهداشت روان باعث بسیاری از مشکلات روانی زود هنگام (کیت زور، 2009)، قبل از 24 سالگی در افراد می‌شود (کسلر و همکاران، 2005). یکی از هر 5 نفر در آمریکا مشکل بهداشت روانی دارد و نیمی از این افراد نیز مصرف کننده سیگار هستند و 40 درصد مرگ‌ها نیز با مشکلات بهداشت روان افراد در ارتباط است (گارنت و همکاران، 2004؛ لاسر و همکاران، 200).

عوامل روانی از جمله خلق، استرس، خواب و لذت همبستگی مثبتی با مصرف سیگار دارند، اختلالات روانی نیز نه تنها موجب وابستگی به نیکوتین می‌شوند، بلکه افزایش مصرف سیگار را نیز در پی دارند (جان و همکاران، 2004). در مطالعات افراد مصرف کننده مبتلا به افسردگی مصرف و وابستگی بیشتری به سیگار نشان دادند و شانس کمتری را برای ترک دارند (هاسین و همکاران، 2004).

در مطالعاتی که بر روی دانشجویان کالج صورت گرفته است، مصرف سیگار با بیش فعالی، (تانگ و همکاران، 2016؛ گلاس و فلوری، 2012)، افسردگی (هالپرین و همکاران، 2010؛ مورل، کوهن، مک کرگور، 2010) و اضطراب (کوان و همکاران، 2016؛ پلاتیار، لیتله و لاسکا، 2016) در ارتباط بوده است. همچنین مصرف سیگار یا وابستگی به آن با چندین اختلال روان پزشکی از جمله افسردگی، اختلال دوقطبی، قمار، شخصیت ضد اجتماعی، اسکیزوفرنی (ونکامفورت و همکاران، 2012)، شخصیت مرزی و اسکیزوتایپال بیشتر دیده می‌شود، از طرفی مصرف سیگار می‌تواند بعضی اختلالات روان پزشکی را تشدید کند و در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از سیگار به صورت خود درمانی برای بهبود علائم منفی شناختی استفاده می‌کنند (دن، آیس و هریس، 2004).

مطالعات متاآنالیز اخیر نشان داده اند که افسردگی می‌تواند پیش بینی کننده مصرف سیگار در آینده باشد، اما سیگار الزاما نمی‌تواند پیش بینی کننده افسردگی باشد (باندیر و همکاران، 2017).

از میان تمام بیماری‌های مرتبط با دخانیات، بیماری‌های آترواسکرو تیک قلبی، سرطان‌ها، مشکلات کرونیک قلب، حملات مغزی و حتی کاهش باروری را می‌توان نام برد (حیدری و مسجیدی، 2007). مصرف سیگار در آقایان می‌تواند توازن هورمون های جنسی را تغییر دهد، کیفیت اسپرم ها را کاهش و از عوامل ایجاد اختلال نعوظ در مردان است (پیت، 2005). همچنین سیگار کشیدن اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف جنسی خانم‌ها دارد که از آن جمله می‌توان به ناباروری، اختلال در سیکل قاعدگی، سرطان‌های ژنیتال و یائسگی زود رس اشاره کرد (ساجداک، 2005).

بیشتر افراد مصرف کننده سیگار نیز دچار افسردگی و حالات منفی شناختی نیز هستند (ونکامفورت و همکاران، 2012)، همچنین مصرف سیگار باعث توانایی بدنی پایین و سبک زندگی ناسالم می‌شود که با بهداشت روانی فرد مرتبط هستند (بابز و همکاران، 2010).

نتیجه گیری: ترک سیگار می‌تواند نقش مهمی را در کاهش آسیب‌های روانی و جسمی داشته باشد، چرا که با کمک روش‌های روان‌شناختی مانند شناختی- رفتاری در کنار درمان‌های دارویی بدون استفاده از نیکوتین و درمان‌های جایگزین نیکوتینی می‌تواند، سبب کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی شود و حتی سبک زندگی فرد را نیز ارتقا بخشد. با این حال نه تنها درمان بلکه آموزش و آگاهی افراد در کاهش آسیب‌های دخانیات بسیار موثر است و نباید از آنها غفلت شود، چرا که نقش مهمی را در کاهش آمار مصرف کنندگان سیگار و همچنین ترک موفق افراد مصرف کننده دارد.

با این حال از آنجایی که در کشور ما روز به روز بر تعداد مصرف کنندگان سیگار افزوده می‌شود، هنوز مطالعه کاملی از تعداد افراد مصرف کننده و افرادی که موفق به ترک کامل سیگار شده اند وجود ندارد که لازم است بررسی بیشتر در این زمینه صورت بگیرد و با توجه به نقش سیگار و افزایش ریسک ابتلا به انواع سرطان‌ها در افراد مصرف کننده، نیاز به اقدامات پیشگیرانه برای ارتقا سلامت افراد جامعه احساس می‌شود.

منابع فارسی

پناه‌علی، شفیع آبادی و احقر، اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش آموزان پسر سال اول متوسطه، فصلنامه علمی پژوهش دانشگاه تبریز، سال 4، شماره چهارم، شماره 16، 1388.

روزنهان و سلیگمن، آسیب شناسی روانی، ترجمه سید محمدی 1390، چاپ دوم، تهران، انتشارات ارسباران.

سادوک و سادوک، خلاصه روانپزشکی، ترجمه پورافکاری 1391، تهران، انتشارات شهرآشوب.

سجادی، مرتضی ایزدی و غفوریان، تاثیر آموزش بر میزان آگاهی سربازان درباره خطرات استعمال مواد مخدر، مجله طب نظامی، شماره 2، دوره 11، صفحات 81 تا 87، 1388.

ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی، مهربانی و خسروی، بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری، بر کاهش وابستگی به نیکوتین در بیماران مبتلا به فشار خون، مجله تحقیقات و علوم رفتاری، دوره 9، شماره 2، 1390.

فیاض بخش، شکوهی و جراحی، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به استعمال دخانیات، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، شماره 103.

مقدم، سید جلیل میرحسینی، کریمی زارچی، بررسی و مقایسه اثر آموزش کلامی-تصویری و آموزش های روتین بر وابستگی به نیکوتین در بیماران سیگاری پس از عمل بای پس عروق کرونر، فصل نامه طلوع بهداشت، سال یازدهم، شماره دوم-1391.

وفایی، شهامفر وفدایی حق، علل گرایش به مصرف سیگار و تاثیر دو روش مشاوره روانی، راهنمایی و روان درمانی و آدامس نیکوتینی در ترک اعتیاد به سیگار، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال 62، شماره 10، صفحات 877 تا 884، 1383.

منابع لاتین

American psychiatrics association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association: 2013. Heydari GhR, Masjedi MR. [Smoke cessation guideline, you can do it]. 1th rev. ed. Tehran: NRITLD; 2007. 12 p. Persian.

Bergman JA, Falit JL. Non-smoking policies, tobacco education and smoking cessation programmers in facilities serving the elderly in Michigan, United States. Tob Control. 1997;6:194-8. 24- Baric L. Health education and the smoking habit. Health Educ J. 1978;37:132-7.

Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006; 26(1): 17-31.

Bolin K, Lindgren B, Willers S. The cost utility of bupropion in smoking cessation health programs: simulation model results for Sweden. Chest 2006;129(3):651-60.

Bandiera, F. C., Loukas, A., Wilkinson, A. V., & Perry, C. L. (2016). Associations between tobacco and nicotine product use and depressive symptoms among college students in Texas. Addictive Behaviors, 63, 19-22.

Bovet P, Perret F, Cornuz J, et al. Improved smoking cessation in smokers given ultrasound photographs of their own atherosclerotic plaques. *Preventive medicine* 2002;34(2):215-20.

Bobes, J., Arango, C., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., 2010. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophrenia Research* 119, 101–109.

Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 25(1): CD 005084.

Christen AG, Jay SJ, Christen JA. Tobacco cessation and nicotine replacement therapy for dental practice. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(2): 94-8.

Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 1994;309(6959):901.

Dinn, W. M., Aycicegi, A., & Harris, C.L. (2004). Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors*, 29, 107-126.

Davy Vancampfort , Michel Probst , Thomas Scheewe , Amber DeHerdt, Kim Sweers, Jan Knapen , Ruud van Winkel , Marc De Hert (2012), Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia, *Psychiatry Research* 207 (2013) 25–32.

Carter JD, Luty SE, McKenzie JM, Mulder RT, Frampton CM, Joyce PR. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *J Affect Disord* 2011; 128(3): 252-61.

Cameron LD. Anxiety, cognition, and responses to health threats 2003. Champan S. Doctors who smoke. *Br Med J* 2004; 142-143.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville: Public Health Service; 2008. 28.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.

Gowers SG, Green L. Eating disorders: cognitive behaviour therapy with children and young people. New York: Routledge; 2004. 14.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107–1115.

Glass, K., & Flory, K. (2012). Are symptoms of ADHD related to substance use among college students? *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(1), 124–132.

Heydari Gh, Sharifi H, Hosseini M, Masjedi MR. Evaluation of Cigarette Consumption among high school students in Tehran 2003. *Pejouhandeh J* 2004;9(5):9-15. (Full Text in Persian).

Hublet, A., de Bacquer, D., Valimaa, R., Goddeau, E, Schmid, H. (2006). Smoking Trends among Adolescents from 1990 to 2002 in ten European Countries and Canada, *BMC Public Health*, 6: 280.

Halperin, A. C., Smith, S. S., Heiligenstein, E., Brown, D., & Fleming, M. F. (2010). Cigarette smoking and associated health risks among students at five universities. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2), 96–104.

Hernandez-Lopez M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, Montesinos F. Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychol Addict Behav* 2009; 23(4): 723-30.

Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997;6(2):57-62.

Haddad, L.G., & Malak, M.Z. (2002). "Smoking Habits and Attitudes towards Smoking among University Students in Jordan", Published Nov in Journal: *Int J Nurs Stud* 2002 Nov; 39(8):793-802.

Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs* 2003;17(2):71-83.

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *The Journal of Adolescent Health*, 46(1)19-23.

Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006; 96(10): 1808-14.

John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76(3): 287-95.

Jon O.Ebbert, Christi A.Patten Darrell R.Schroeder (2005). The Fagerström Test for Nicotine Dependence-Smokeless Tobacco (FTND-ST). *Addictive Behaviors*, Volume 31, Issue 9, September 2006, Pages 1716-1721.

Kitzrow, M. A. (2009). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 46(4), 646–660.

Kwan, M. Y., Arbour-Nicitopoulos, K. P., Duku, E., & Faulkner, G. (2016). Patterns of multiple health risk-behaviours in university students and their association with mental health: Application of latent class analysis. *Health Promotion Chronic Disease Prevention*, 36(8), 163–170.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005).

Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593.

Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Dental management of medically compromised patients. 7th ed. Sanfrancisco: Mosby Co; 2007. P. 106-14.

Lavelle C, Birek C, Scott DA. Are nicotine replacement strategies to facilitate smoking cessation safe? *J Can Dent Assoc* 2003; 69(9): 592-7.

Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606–2610.

MacPherson L, Tull MT, Matusiewicz AK, Rodman S, Strong DR, Kahler CW, et al. Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(1): 55-61.

Maziak, C. R., Eissenberg, L., Rastam, Y., Hammal, F., Asfar, T., Bachir, m., Fouad, M., Ward, K. (2004). "Beliefs and Attitudes Related to Narghile (Waterpipe) Smoking among University Students in Syria", *Annals of Epidemiology*, ISSN 1047-2797 CODEN ANNPE3, Vol. 14, No. 9, Pp. 646-654, 9 page(s).

Mottern, A., and Mottern, R. (2006). CHOOSE WEALTH: A Choice Theory Based Financial Management Program, *International Urnal of Reality Therapy*, Vol. XXV, Number 2.

Morrell, H. E. R., Cohen, L. M., & McChargue, D. E. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and negative reinforcement expectancies as contributing factors. *Addictive Behaviors*, 35(6), 607–611.

Miller KE. Strategies promoting smoking cessation in adolescents. *Am Fam Physician* 2001; 64(11): 1890-2.
Mohammad AR. Tobacco Cessation: Clinician's Guide. 1st ed. Hamilton: B.C. Decker Inc; 2006. P. 1-9, 35-40, 46-8.

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..

Ockene,c.k. Smoking Intervention: the expoding role of the phydician.am j public health 1987;77:782-783.

Peate I. The effects of smoking on the reproductive health of men. *Br J Nurs*. 2005; 14(7): 362-6. Review.

psychiatric disorders in the Dawson DA. Nicotine dependence and Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, on alcohol and related conditions. *Psychiatry* 2004; results from the national epidemiologic survey United States: 61(11): 1107-15.

Prapavessis H, Cameron L, Baldi JC, Robinson S, Borrie K, Harper T, et al. The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addict Behav* 2007; 32(7): 1416-32.

Pelletier, J. E., Lytle, L. A., & Laska, M. N. (2016). Stress, health risk behaviors, and weight status among community college students. *Health Education & Behavior*, 43(2), 139–144.

Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, and Moscicki AB. A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*. 2008; 22:595-600.

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD000146. 9.

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.

Seyed Fazelpour SF, Moghaddamnia MT, Nasirzadeh F. Study on attitude of students in Guilan University of Medical Sciences toward smoking. *Legal Medicine of Islamic Republic of Iran* 2004; 33(10): 25-9. [Persian].

Simmons VN, Webb MS, Brandon TH. College-Student Smoking: An Initial Test of an Experiential Dissonance-Enhancing Intervention. *Addict Behav* 2004;29(6):1129-1136.

Shiffman S, West R, Gilbert D; SRNT Work Group on the Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res* 2004;6(4):599-614.

Sajdak S, Witczak K, Sroka L, Samulak D. [Smoking and female reproductive health]. *Przegl Lek*. 2005; 62(10): 1154-8. Review. Polish.

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1(1).

Tong, L., Shi, H.-J., Zhang, Z., et al. (2016). Mediating effect of anxiety and depression on the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and smoking/drinking. *Scientific Reports*, 6, 21609.

Tavakoli J, Ghahramani M, Moghiman M. *A Survey of stressor agents in smokers & non smokers young people in Gon Abad city*. *The Journal of Ofogh-e-Danesh*. 2005;10(1):60-5. [Persian].

Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995; 15(3): 369-90.

Wubbolding, R.,E. (2006). The Evolution of Psychotherapy: A Conference of Inner Control, *International Journal of Reality Therapy*, Vol. XXIV, Number 2.

Wakai K, Marugame T, Kuriyama S, Sobue T, Tamakoshi A, Satoh H, et al. Decrease in risk of lung cancer death in Japanese men after smoking cessation by age at quitting: pooled analysis of three large-scale cohort studies. *Cancer Sci* 2007;98(4):584-9.

Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 2002; 66(9): 1079-87.

www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html

Ziaadini, H. Ziaadini, M.R. The prevalence of tobacco use and dependency and its relation to some demographic factors in people aged 12 over rural sample. *J fundam Ment Health* 2006, 8, 29-30: 17-22 (in Persian).