

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

راهکار طبابت بالینی کشوری ترک سیگار (دخانیت)

برای پزشکان باارجمیت پزشکان خانواده و پزشکان عمومی

واحد مدیریت دانش بالینی - طب پیشگیری، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه

علوم پزشکی تهران و ایران

بهمن ۱۳۹۵

توسعه جوامع و گسترش نظام های سلامت، به ویژه در دو سده اخیر و نیز گسترش علوم پزشکی در جهان موجب شده است که تقریباً تمام کشورها به منظور برآورده شدن نیازهای سلامت محور خود، به تدوین راهنماهای بالینی (راهنماها، سیاست ها، استانداردها و پروتکل های بالینی) در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمت و همچنین تدوین سیاست های کلان در چارچوب استقرار پزشکی مبتنی بر شواهد گام بر دارند. از سویی ضرورت تعیین حدود و ثغور اختیارات دانش آموختگان حرف مختلف پزشکی و استاندارد فضای فیزیکی و فرآیندهای ارائه خدمات سبب شد تا تدوین شناسنامه های مرتبط به منظور افزایش ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثر بخشی در دستور کار وزارت متبوع قرار گیرد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین راهنماهایی می باشد. این مهم همچنین به سیاستگذاران نیز کمک خواهد نمود تا به طور نظام مند، به توسعه و پایش خدمات اقدام نموده و از این طریق، آنان را به اهدافی که نسبت به ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، ناقل نماید تا به بهترین شکل به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین راهنماها، نظارت بر رعایت آن ها نیز حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش کیفیت و بهره وری نظام ارائه خدمات سلامت گردد. طراحی و تدوین راهنماهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و استقرار راهنماهای ملی در بخش سلامت، به خوبی شناخته شده و با رویکردی نظام مند و مبتنی بر بهترین شواهد، تدوین شده است .

در پایان جا دارد تا از همکاری های بی دریغ معاون محترم درمان «جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی»، معاون محترم آموزشی « جناب آقای دکتر باقر لاریجانی» و شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی در مدیریت تدوین راهنماهای طبابت بالینی، و نیز هیات های بورد و انجمن های علمی تخصصی مربوطه، اعضاء محترم هیئت علمی مراکز مدیریت دانش بالینی و همچنین هماهنگی موثر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقدیر و تشکر نمایم .

انتظار می رود راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده تحت نظارت فنی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و کمیته فنی تدوین راهنماهای بالینی، مورد عنایت تمامی نهادها و مراجع مخاطب قرار گرفته و به عنوان معیار عملکرد و محک فعالیت های آنان در نظام ارائه خدمات سلامت شناخته شود .

امید است اهداف متعالی نظام سلامت کشورمان در پرتو گام نهادن در این مسیر، به نحوی شایسته محقق گردد.

دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی

وزیر



تدوین کنندگان:

واحد مدیریت دانش بالینی - طب پیشگیری، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران

انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخیانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جمعیت مبارزه با

دخیانیات، مرکز بهداشت محیط و کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز قلب و عروق شهید رجائی

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی، مجید حسن قمی،

دکتر عطیه صباغیان پی رو، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشکری، مرتضی سلمان ماهینی



همکاران طرح:

مجری طرح	دکتر علی پاشا میثمی، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مجری طرح	دکتر مرضیه مولوی نجومی، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
همکار اصلی	دکتر مازیار مرادی لاکه، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
همکار اصلی	دکتر جلیل کوهپایه‌زاده، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
همکار اصلی	دکتر لیلا صدیق، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
همکار اصلی	دکتر فرناز خاتمی، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
همکار اصلی	دکتر زهرا سنائی، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
همکار اصلی	دکتر نرجس هزار، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی یزد
همکار اصلی	دکتر زهرا رام‌پیشه، عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
همکار اصلی	محسن یعقوبی، کارشناس واحد مدیریت دانش بالینی
همکار اصلی	دکتر پروین ابراهیمی، عضو هیئت علمی گروه مدیر

انستگاه علوم پزشکی ایران



اعضاء کمیته تدوین نهایی و بومی سازی:

دکتر علی پاشا میثمی، استاد گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران

جناب آقای دکتر محمد رضا مسجدی، دبیر کل جمعیت مبارزه با دخانیات

جناب آقای دکتر خسرو صادق نیت، ریاست مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر غلامرضا حیدری، رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سرکار خانم دکتر پروین ابراهیمی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران

جناب آقای دکتر هومن شریفی، قائم مقام مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سرکار خانم دکتر زهرا حسامی، معاون درمان مرکز تحقیقات دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سرکار خانم دکتر مهشید آریانپور، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات دخانیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جناب آقای دکتر حمید رضا روح افزا، مدیر پژوهشی پژوهشکده قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم آزیتا پیشگو، کارشناس دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات

جناب آقای دکتر علی عبدالهی نیا، معاون پژوهشی جمعیت مبارزه با دخانیات

سرکار خانم دکتر شبنم اسلام پناه، پزشک مشاور ترک سیگار جمعیت مبارزه با دخانیات

سرکار خانم دکتر حمیرا بیگدلی، مسئول کلینیک ترک سیگار جمعیت مبارزه با دخانیات

جناب آقای دکتر نصیر دهقان، مدیر فیزیک کلینیک ترک سیگار جمعیت مبارزه با دخانیات

سرکار خانم دکتر لیلا صدیق، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سرکار خانم دکتر فرناز خاتمی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سرکار خانم دکتر زهرا صنائی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی همدان

سرکار خانم دکتر نرجس هزار، کارشناس بیماری های غیرواگیر دانشگاه علوم پزشکی یزد

سرکار خانم دکتر زهرا رام پیشه، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران

جناب آقای دکتر اکبر نیک پژوه، مسئول فنی کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت مرکز قلب و عروق شهید رجایی

سرکار خانم دکتر شیرین شهبازی، استادیار گروه بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی تهران

جناب آقای دکتر محمد تراز، استادیار داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران



خلاصه دستورالعمل

از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر من جمله بیماری‌های قلبی عروقی، استعمال دخانیات و مصرف سیگار است که علت ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در مردان با سن کمتر از ۶۵ سال می‌باشد. نقش سیگار در بروز بیماری‌های عروق کرونر به ویژه در افراد زیر ۵۰ سال پررنگ‌تر است. ترک سیگار در افرادی که سابقه‌ی سکته‌ی قلبی داشته‌اند منجر به کاهش ۵۰٪ درصدی خطر بروز مجدد انفارکتوس قلبی می‌شود. بر اساس مطالعات کشوری سال ۸۹ فراوانی مصرف روزانه‌ی سیگار در حدود ۱۱٫۳٪ برآورد شده است که این میزان در مردان ۲۱ برار زنان بوده است (۲). این میزان اگرچه در طول زمان از حدود ۱۴٪ در سال ۱۳۸۳ به این میزان رسیده است اما مطالعه روند مصرف سیگار در کشور نشان می‌دهد که میزان مصرف سیگار در جوانان و زنان در کشور رو به افزایش بوده و تعداد نخ مصرف سیگار در افراد سیگاری نیز رو به افزایش است. در نظر گرفتن مداخلات ترک سیگار توسط مشاوره و کمک رسانی افراد آموزش دیده و حرفه‌ای می‌تواند میزان ترک سیگار را افزایش دهد (۳). کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی تدوین راهنماهای بالینی کاربردی ملی را جهت کنترل دخانیات ضروری دانسته است (۴). مصرف اشکال دیگر دخانیات من جمله قلیان نیز مخاطرات مشابهی برای مصرف کنندگان به همراه دارد و باید جهت ترک و کنترل مد نظر قرار داده شوند. مطالعات نشان داده است که راهنماهای بالینی ترک سیگار در کنترل دیگر اشکال مصرف دخانیات نیز می‌توانند به کار گرفته شوند.

روش کار

به منظور دستیابی به عالی‌ترین سطح شواهد موجود در مورد ترک سیگار دستورالعمل‌های بین‌المللی موجود در جهان مورد جستجو قرار گرفت. بانک‌های اطلاعاتی مختلف مورد بررسی قرار گرفته شد و در نهایت بر اساس معیارهای در دسترس بودن، به روز بودن و ساختار مناسب در راهنمای بالینی تعداد ۲۶ راهنمای بالینی انتخاب شد. از این بین بر اساس بررسی اولیه ۸ راهنمای بالینی به فاز دوم جهت انتخاب راهنمای بالینی منتخب وارد شد که بر اساس ابزار AGREEII توسط اعضاء کتبه تدوین بررسی و امتیاز دهی شدند.

سه راهنمای بالینی حائز بیشترین امتیاز بر اساس این ابزار در یک جلسه حضوری مورد بررسی دقیق و کارشناسانه قرار گرفته و در نهایت راهنمای بالینی ترک سیگار کشور کانادا سال ۲۰۱۲ CAN-ADAPTT به عنوان راهنمای بالینی منتخب در نظر گرفته شد.

ساختار اصلی در بررسی منابع تکمیلی و تعیین اجزاء موجود در راهنمای بالینی حاضر از راهنمای بالینی ترک سیگار کشور کانادا سال ۲۰۱۲ CAN-ADAPTT اقباس و برگردان شد و در هر مورد از سه راهنمای بالینی که بر اساس ابزار AGREEII انتخاب شده بودند منابع و شواهد موجود به مجموعه افزوده شد. علاوه بر این در هر مود از توصیه‌های ارائه شده جستجوی منابع به طور مستقل در مورد هر سؤال موجود در مبنای راهنمای بالینی انجام شد و منابع داخلی و خارجی موجود در تأیید و یا مرتبط با آن شواهد به مجموعه راهنمای بالینی افزوده شد.

پس از نهایی سازی متن راهنمای بالینی در یک جلسه ۱۰ ساعته توسط صاحب‌نظران مرور گردید و نقطه نظرات گروه‌های مختلف مرتبط با موضوع اعم از ارائه کنندگان خدمت، مراکز تحقیقاتی، وزارت بهداشت سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های دانشگاهی (گروه‌های همکار طرح) در نسخه نهایی اعمال شد.

به منظور حصول اطمینان از صحت اعمال نقطه نظرات نسخه نهایی شده پس از جلسه نهایی سازی در اختیار نمایندگان گروه‌های همکار قرار گرفت و بازخوردهای ایشان در نسخه نهایی لحظ شد.



توصیه ها

توصیه های مشاوره و روانشناختی اجتماعی در ترک سیگار

عنوان	شماره توصیه
پرسش کردن در مورد وضعیت مصرف سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز نمایند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
توصیه کردن به ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک سیگار توصیه کنند.	«توصیه دو» رتبه: 1C
ارزیابی تمایل به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان برای شروع درمان جهت ترک سیگار را ارزیابی نمایند.	«توصیه سه» رتبه: 1C
کمک به ترک سیگار: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود برای شروع درمان تا مرحله ترک را ابراز می کند، باید کمک فراهم شود. الف: مداخلات حداقلی به مدت ۱-۳ دقیقه، اثربخش است و باید برای همه مراجعه کنندگان در نظر گرفته شود. در عین حال، بین طول جلسات و درمان موفق، رابطه قوی دوز - پاسخ دهی وجود دارد و بنابراین در صورت امکان، مداخلات ویژه با مدت طولانی تر باید مورد استفاده قرار گیرد. ب: مشاوره با استفاده از انواع یا ترکیبی از روش ها مانند (خودیاری - مشاوره فردی - مشاوره گروهی - خط تلفن مشاور و مبتنی بر وب) ^۲ اثربخش است و به منظور کمک به بیماران یا مراجعه کنندگانی که تمایل خود برای ترک سیگار را ابراز می کنند، باید مورد استفاده قرار گیرد. پ- به این دلیل که جلسات متعدد مشاوره، احتمال ترک طولانی مدت سیگار را افزایش می دهد، ارائه دهندگان مراقبت سلامت در صورت امکان باید ۴ جلسه مشاوره یا بیشتر فراهم نمایند. ت- تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار اثربخش تر از هر کدام از این روش ها به تنهایی است، بنابراین در صورت امکان، هر دو روش مذکور باید برای بیماران یا مراجعه کنندگان در حال تلاش برای ترک سیگار فراهم گردد. ث- انجام مصاحبه انگیزشی برای حمایت از تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان در راستای مشارکت در درمان فعلی و آینده توصیه می شود.	«توصیه چهار» رتبه: 1A الف، ب، پ، ت: 1A ث، ج: 1B



^۱ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

^۲ به منظور دست یابی به خطوط تلفن و سامانه های مبتنی بر وب مشاوره ترک سیگار به بخش ضمیمه، پیوست A مراجعه بفرمایید.

<p>ج- مشاوره و مداخلات رفتاری، میزان ترک سیگار را به طور معناداری افزایش می دهد و باید جهت درمان ترک سیگار در قالب موارد زیر ارائه شود: ۱) فراهم کردن مشاوره کاربردی در زمینه آموزش مهارت یا مهارت های حل مسئله، ۲) حمایت از بیمار به عنوان بخشی از درمان.</p>	
<p>پیگیری موارد ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت: الف) در صورت نیاز، باید پیگیری منظمی به منظور ارزیابی میزان پاسخدهی به درمان، حمایت و اصلاح درمان انجام دهند. ب) بیماران یا مراجعه کنندگان را در موارد مقتضی ارجاع کنند.</p>	<p>«توصیه پنج» رتبه: الف: 1C ب: 1A</p>



توصیه‌های رویکرد دارودرمانی در ترک سیگار

عنوان	شماره توصیه
تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار نسبت به هر یک از این روش‌ها به تنهایی اثربخش تر است، بنابراین هر دو شیوه در صورت امکان باید به بیماران یا مراجعه کنندگان در حال تلاش برای توقف مصرف سیگار ارائه گردد.	«توصیه یک» رتبه: 1A
به هر بیماری که روزانه تعداد ۱۰ نخ سیگار یا بیشتر مصرف می‌کند و تمایل به ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.	«توصیه دو» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید دارودرمانی ترک سیگار را مطابق با اولویت‌ها و نیازهای بالینی بیمار انتخاب و توصیه نمایند. (1C) الف- Varenicline: در مقایسه با دارونما میزان ترک سیگار را در ۶ و ۱۲ ماه افزایش می‌دهد. (1A) ب- Bupropion: در مقایسه با دارونما میزان ترک سیگار را در ۶ ماه افزایش می‌دهد (1A) و می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۱۲ ماه بهبود بخشد. (1B) پ- برچسب پوستی نیکوتین (Nicotine patch): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد. (1A) ت- آدامس نیکوتین (Nicotine gum): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد. (1B) ث- آبنبات مکیدنی نیکوتین (Nicotine lozenge): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) ج- اسپری بینی نیکوتین (Nicotine nasal spray): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) چ- استنشاق دهانی نیکوتین (Nicotine oral inhaler): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) ح- قرص زیرزبانی نیکوتین (Nicotine sublingual tablet): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) خ- شواهد کافی برای تدوین توصیه‌ای در مورد مصرف Clonidine جهت ترک سیگار وجود ندارد. (C) د- شواهد کافی برای توصیه درباره مصرف Nortriptyline جهت ترک سیگار وجود ندارد. (C)	«توصیه سه» رتبه: 1C الف(1A) ب(1A) (1B) پ(1A) ت(1B) ث ج چ ح(2C) خ د(C)



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه‌های ترک سیگار مربوط در جمعیت‌های بیمارستانی

شماره توصیه	عنوان
«توصیه یک» رتبه: 1C	تمام بیماران باید از خط‌مشی‌های بدون دخانیات بودن بیمارستان آگاه شوند.
«توصیه دو» رتبه: 1B	در صورت امکان، تمام بیماران انتخاب شده سیگاری باید به مراکزی جهت کمک به آنها به منظور ترک سیگار قبل از پذیرش در بیمارستان یا عمل جراحی هدایت شوند.
«توصیه سه» رتبه: الف، پ، ت: 1A ب: 1C	تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که: الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛ ب) در طول بستری در بیمارستان، علائم ناشی از محرومیت از نیکوتین را کنترل کنند؛ پ) تلاش برای ترک طولانی مدت سیگار را در بیماران سیگاری ارتقاء دهند؛ ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.
«توصیه چهار» رتبه: الف: 1C ب: 1B	در درمان دارویی ترک سیگار در بیماران بستری باید اهداف زیر در نظر گرفته شود: الف) کمک به بیماران جهت کنترل علائم محرومیت از نیکوتین در بیمارستان ب) استفاده از داروهای مناسب در بیمارستان و پس از ترخیص به منظور افزایش ترک طولانی مدت دخانیات

جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.



توصیه‌های مربوط به ترک سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی

عنوان	شماره توصیه
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ی ترک سیگار برای افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی فراهم آورند.	«توصیه دو» رتبه: 1A
در طول مدت کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت سلامت روان بیماران یا مراجعه‌کنندگان را پایش نمایند. علاوه بر این دوز داروها افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید پایش شده و برحسب ضرورت تنظیم شود.	«توصیه سه» رتبه: 1A



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه های مربوط به ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

عنوان	شماره توصیه
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.	«توصیه دو» رتبه: 1A
در زمان کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید علائم مرتبط با سوء مصرف مواد را در بیماران یا مراجعه کنندگان پایش کنند. در این افراد دوز داروهای کنترل سوء مصرف مواد نیز باید پایش شود و برحسب ضرورت تنظیم گردد.	«توصیه سه» رتبه: 1A



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه‌های ترک سیگار در زنان باردار و شیرده

عنوان	شماره توصیه
تمام خانم‌های سیگاری در دوران بارداری، پس از زایمان و شیردهی باید تشویق به ترک سیگار شوند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
مشاوره تخصصی ترک سیگار به عنوان درمان خط اول در دوران بارداری و شیردهی توصیه می‌گردد.	«توصیه دو» رتبه: 1A
در مواردی که مشاوره بی تأثیر باشد، پس از تحلیل خطر-فایده، درمان‌های جایگزین نیکوتین قابل تجویز است. دوزهای متناوب با درمان‌های جایگزین نیکوتین (مثل آبنبات مکیدنی و آدامس) نسبت به دوزهای مداوم (برچسب پوستی (Patch)) ارجح است.	«توصیه سه» رتبه: 1C
به همسران، دوستان و اعضاء خانواده زنان باردار و شیرده نیز باید مداخلات ترک سیگار پیشنهاد شود.	«توصیه چهار» رتبه: 2B
خانم‌های باردار و شیرده باید برای داشتن محیط خانه‌ای عاری از دود تشویق شوند، تا از مواجهه غیر مستقیم با دود سیگار در امان باشند.	«توصیه پنج» رتبه: 1B



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه‌های مربوط به ترک سیگار در گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان)

عنوان	شماره توصیه
ارائه دهندگان مراقبت سلامت که با گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) سروکار دارند باید به طور منظم اطلاعات مربوط به مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) را از مراجعه کنندگان دریافت نمایند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای ارائه مشاوره حمایتی به گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) مصرف کننده دخانیات، در مورد اجتناب از دخانیات و یا ترک این مواد ترغیب شوند.	«توصیه دو» رتبه: 2C
ارائه دهندگان مراقبت سلامت در محیط های مراقبت سلامت کودکان باید با والدین یا قیم کودکان در مورد اثرات بالقوه مضر استنشاق غیرمستقیم دود سیگار بر روی سلامت کودکان مشاوره نمایند.	«توصیه سه» رتبه: 2C



¹ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه های مربوط به ترک در موارد وابستگی به اشکال مختلف مصرف تنباکو به غیر از سیگار

شماره توصیه	عنوان
«توصیه یک» رتبه 1A	پرسش کردن در مورد وضعیت مصرف سایر اشکال دخانیات: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات (اعم از تمامی اشکال) را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز نمایند.
«توصیه دو» رتبه 1C	توصیه کردن به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک کلیه مواد دخانی توصیه کنند.
«توصیه سه» رتبه 1C	ارزیابی تمایل به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان برای شروع درمان جهت ترک کلیه اشکال دخانی را ارزیابی نمایند.
«توصیه چهار» رتبه 1A	کمک به ترک: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود برای شروع درمان تا مرحله ترک را ابراز می کند، باید کمک فراهم شود.
«توصیه پنج» رتبه: الف: 1C ب: 1A	پیگیری موارد ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت: الف) در صورت نیاز، باید پیگیری منظمی به منظور ارزیابی میزان پاسخ دهی به درمان، حمایت و اصلاح درمان انجام دهند. ب) بیماران یا مراجعه کنندگان را در موارد مقتضی ارجاع کنند.
«توصیه شش» رتبه 1A	به هر فرد مصرف کننده دخانیات که به میزان قابل توجه (معادل روزانه تعداد ۱۰ نخ سیگار یا بیشتر سیگار) دخانیات مصرف می کند و تمایل به ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.

^۱ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.



بر اساس مطالعات کشوری سال ۸۹ فراوانی مصرف روزانه سیگار در حدود ۱۱,۳٪ برآورد شده است که این میزان در مردان ۲۱ برار زنان است. فراوانی مصرف اگرچه در طول زمان از حدود ۱۴٪ در سال ۱۳۸۳ به این میزان رسیده است اما مطالعه روند مصرف سیگار در کشور نشان می دهد که میزان مصرف سیگار در جوانان و زنان در کشور رو به افزایش بوده و تعداد نخ مصرف سیگار در افراد سیگاری نیز رو به افزایش است (۲) همچنین شیوع مصرف قلیان در حدود ۲,۷٪ برآورد شده است (۵). اگرچه بر اساس مطالعه‌ی حیدری و همکاران در شهر تهران شیوع مصرف دخانیات در افراد سالم ۳۰ تا ۶۰ ساله ۳۷,۴٪ برآورد شد و تفاوت معنی داری از نظر شیوع مصرف دخانیات بین هر دو جنس وجود نداشت (۶). بر اساس داده های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ موارد مرگ منتسب به مصرف دخانیات در کل جهان در حدود ۶,۱۴ میلیون نفر در سال است که ۱۱٪ موارد کل مرگ ها را شامل می شود و بار بیماری های منتسب به مصرف سیگار نیز ۱۴۳,۵ میلیون DALY است که ۶٪ بار کل بیماری ها برآورد می شود (۷). در سال ۲۰۰۸ شایع ترین علت مرگ منتسب به مصرف دخانیات بیماری های قلبی عروقی بود با ۱,۶۹ میلیون مرگ و پس از آن بیماری مزمن انسدادی ریه با ۰,۹۷ میلیون مرگ و سرطان ریه با ۰,۸۵ میلیون مرگ قرار داشت (۸, ۹). از مهم ترین عوامل خطر بیماری های عروق کرونر، استعمال دخانیات و مصرف سیگار است که علت ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماری های قلبی-عروقی در مردان با سن کمتر از ۶۵ سال می باشد. نقش سیگار در بروز بیماری های عروق کرونر به ویژه در افراد زیر ۵۰ سال پر رنگ تر است. ترک سیگار در افرادی که سابقه ی سکتی قلبی داشته اند منجر به کاهش ۵۰٪ درصدی خطر بروز مجدد انفارکتوس قلبی می شود (۲). در نظر گرفتن مداخلات ترک سیگار توسط مشاوره و کمک رسانی افراد آموزش دیده و حرفه ای می تواند نرخ ترک سیگار را افزایش دهد (۳). کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی نیز گایدلاین های بالینی کاربردی ملی را ضروری دانسته اند (۴). ایران نیز در تاریخ ۱۳۸۴/۸/۱۴ بعد از مراحل مختلف تصویب در مجلس شورای اسلامی رسماً به این کنوانسیون پیوست، در تبصره ی شماره ۲ این کنوانسیون ذکر شده است که "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مسئول کنترل دخانیات موضوع ماده ی پنج کنوانسیون موظف است راهبردهای ملی، جامع و همه جانبه ای را برای کنترل دخانیات تنظیم و اجراء نماید و به طور ادواری آنها را مورد بازنگری قرار دهد و برای رسیدن به این هدف با هماهنگی دستگاه های اجرایی، برنامه های آموزشی و اجرایی را برای کاهش مصرف دخانیات به مرحله ی اجراء گذارد. وزارت یاد شده مسؤلیت تنظیم لوایح و مقررات لازم را برای تحقق اهداف کنوانسیون و تقدیم آنها به مراجع ذی ربط بر عهده خواهد داشت" در این راستا و طبق مندرجات چهارچوب سازمان بهداشت جهانی در کنترل دخانیات، اقدامات کنترلی در جهت کاهش مصرف دخانیات شامل هفت بند در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته است که به شرح زیر می باشد (۱۰) (۱۱):

۱- راه اندازی مراکز مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات

مطابق ماده ۹ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و با هدف ادغام برنامه کنترل دخانیات در نظام بهداشتی کشور به منظور ارائه خدمات مشاوره ای پیشگیری از استعمال دخانیات در بین گروه های هدف نوجوان و جوان و کلیه افراد تحت پوشش و ارائه خدمات ترک به افراد سیگاری علاقه مند بر ترک این مراکز در دانشگاه های سراسر کشور راه اندازی شد. در حال حاضر در هر دانشگاه حداقل یک مرکز مشاوره راه اندازی شده است.

۲- اعمال ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی



مطابق بند الف ماده ۱۳ قانون جامع کنترل دخانیات به کلیه نهادها و سازمانهای موضوع ماده ۱۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری ممنوعیت استعمال دخانیات ابلاغ شد و در حال حاضر در کلیه واحدهای تابعه وزارتخانه اجرا شده است و در سایر سازمانها مدیران هر اداره مسئول اجرای این قانون هستند.

- ۳- اعمال ممنوعیت عرضه و استعمال مواد دخانی در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
- ۴- ممنوعیت جامع تبلیغات محصولات دخانی (از سال ۱۳۷۶ در کشور جمهوری اسلامی ایران اجرا می شود)
- ۵- افزایش مالیات بر محصولات دخانی

۶- الزام استفاده از برچسبهای بهداشتی بر روی بستههای سیگار (مصوب دومین جلسه ستاد)

۷- برگزاری مراسم روز جهانی و هفته ملی بدون دخانیات

طبق گزارش دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات، ایران در اجرای تمامی موارد فوق بجز افزایش مالیات بر محصولات دخانی عملکرد موفق داشته و امید است که این بند نیز با تلاش ها و پیگیریهای مراجع ذی صلاح اجرایی شود.

البته در ادوار گذشته با هدایت مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت مراکز مختلفی اقدام به نشر دستورالعملهایی در جهت وظایف محوله طبق تبصره فوق نموده اند که از آنها می توان به "راهنمای آموزشی ترک دخانیات" تدوین شده در پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (۱۲) و همچنین "دستورالعمل اجرای طرح راه اندازی مرکز مشاوره کنترل دخانیات" تدوین شده در دبیرخانه کشوری کنترل دخانیات، اشاره کرد. در این میان تدوین راهنمای بالینی کشوری ترک سیگار و دخانیات که طبق الگوهای بین المللی موجود، اطلاعات مورد نیاز پزشکان و پرسنل درمانی را فراهم نموده، از مطالعات صورت گرفته در کشور بهره مند باشد و منطبق بر نظام سلامت و سیستم درمانی کشور تنظیم شده باشد به عهده های مجری این طرح قرار گرفت که در ادامه نحوه ی نگارش آن نیز به تفصیل آورده شده است.

تعریف واژه های تخصصی استفاده شده در این راهنمای بالینی

۱. **مداخلات مختصر (Brief interventions):** شامل مداخلاتی است که پنج الی ده دقیقه به طول می انجامد و

مواردی مانند توصیه های ساده، بررسی میزان تعهد بیماران به ترک، درمان دارویی یا حمایت رفتاری، ارائه ابزارهای خودیاری در ترک و یا ارجاع به خدمات ترک با شدت و مدت بیشتر را شامل می شود.

۲. **خدمات ترک سیگار تخصصی (Specialist smoking cessation services):** سطوح پیشرفته خدمات

ترک سیگار که توسط کارکنان آموزش دیده ارائه می شود؛ و اغلب شامل درمان های شدیدتر و پیگیری های بیشتر و طولانی تر است. (آیین نامه تأسیس مراکز ارائه کننده خدمات تخصصی سیگار توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسیده است)

۳. **منابع اصلی در تدوین راهنمای بالینی (Key source material):** راهنمای بالینی کشور کانادا به عنوان منبع

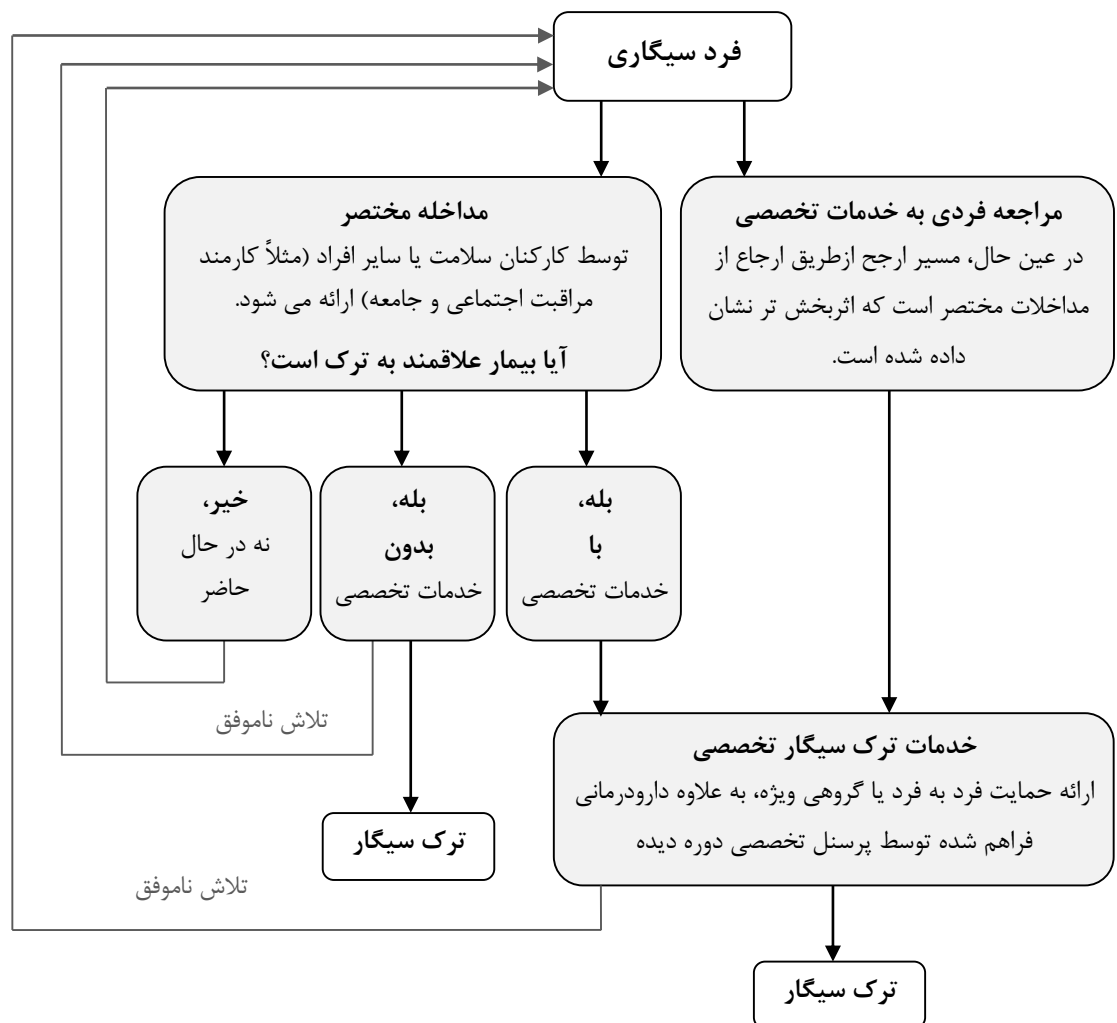
اصلی در نظر گرفته شده است. این راهنمای بالینی راهنماهای بالینی ذیل را مبنای تدوین قرار داده بوده است:



به منظور بومی سازی گایدلاین ترک سیگار نیز شواهد جدیدی برای توصیه ها توسط اعضاء طرح از منابع مختلف جستجو، و به مجموعه شواهد موجود افزوده شد.

۴. مسیر ترک برای افراد سیگاری (Pathway for quitting through smoking cessation services):

نمودار ذیل نشان می دهد که در نظام سلامت بک فرد سیگاری باید در چه مسیر و طی چه مراحل برای ترک سیگار اقدام نماید.



نمای کلی از ارئه مراقبت‌ها به منظور انجام مداخلات ترک سیگار در افراد سیگاری بر اساس الگوی نظام سلامت

اجزاء موجود در فصول مختلف این راهنمای بالینی

هر فصل راهنمای بالینی بخش‌های زیر را در بر می‌گیرد:

۱. **توصیه‌ها:** بر مبنای بهترین شواهد به دست آمده، و پیام‌های مهمی برای ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی جهت کاربرد عملی ارائه می‌کنند. رتبه توصیه‌ها و سطح شواهد پشتیبان آنها نیز مشخص شده است، همچنین نحوه‌ی تخصیص کلاس و رتبه بندی شواهد در جدول زیر آورده شده است.

۲. **شواهد:** شامل شواهد پشتیبان کننده از توصیه‌ها است که از راهنماهای بالینی، مقالات مروری نظام مند، مطالعات کارآزمایی بالینی با تخصیص تصادفی و شواهد با کیفیت بالا به غیر از مطالعات کارآزمایی بالینی (داخلی و خارجی) در حمایت یا عدم حمایت توصیه مربوطه استخراج شده است.

۳. **ملاحظات بالینی:** شامل اطلاعاتی هستند که توصیه‌ها را پشتیبانی می‌کنند؛ از جمله چگونگی اجرای توصیه‌ها به بهترین نحو، مفاهیم مهم در موقعیت‌های خاص عملی و ملاحظات کلیدی. بخش‌هایی از ملاحظات بالینی از طریق مرور نظام مند متون بوده و بخش‌هایی توسط مشارکت گروه تدوین راهنمای بالینی و اعضاء کمیته نهایی سازی راهنمای بالینی حاصل شده است.

۴. **خلاءهای پژوهش:** به توصیف خلاءهای موجود در توصیه‌ها و شواهد جهت تعیین نقشه راه به منظور انجام پژوهش‌های آتی می‌پردازد.



جدول سطح شواهد و رتبه توصیه ها در راهنمای بالینی (۱۳)

مفاهیم	کیفیت شواهد پشتیبان	وضوح خطرات / فواید	GR/ LOE*
توصیه‌های قوی، می‌تواند برای اکثر بیماران در اغلب موقعیت‌ها بدون احتیاط و تردید به کار رود. پزشکان بالینی باید از یک توصیه قوی پیروی نمایند مگر اینکه دلیل منطقی، روشن و قانع کننده‌ای برای رویکرد جایگزین، موجود باشد.	شواهد قطعی براساس مطالعات متقن کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی و یا شواهد قریب به یقین مربوط به سایر انواع مطالعات بوده است. بعید است پژوهش بیشتر منجر به تغییر برآوردها نسبت به فواید و خطرات شود.	فواید به وضوح، بیشتر از خطرات و بار بیماری است، یا برعکس	1A توصیه قوی شواهد با کیفیت بالا
توصیه‌ی قوی، می‌تواند برای اکثر بیماران به کار رود. پزشکان بالینی باید از یک توصیه‌ی قوی پیروی کنند مگر این که دلیل منطقی، روشن و قانع کننده‌ای برای یک رویکرد جایگزین وجود داشته باشد.	شواهد براساس مطالعات کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی، با محدودیت‌های مهم (نتایج متناقض، نواقص متدولوژیک، غیرمستقیم یا مبهم)، یا شواهد بسیار قوی مربوط به برخی طرح‌های پژوهشی دیگر بوده است. پژوهش بیشتر (در صورت اجرا) احتمال دارد بر اطمینان ما به برآورد فواید و خطرات مؤثر باشد و ممکن است این برآورد را تغییر دهد.	فواید به وضوح، بیشتر از خطرات و بار بیماری است، یا برعکس	1B توصیه قوی شواهد با کیفیت متوسط
توصیه قوی، می‌تواند برای اکثر بیماران به کار رود. در عین حال، برخی از مبانی شواهد تأیید کننده‌ی توصیه‌ها دارای کیفیت پائین است.	شواهد براساس مطالعات مشاهده‌ای، تجربیات بالینی غیرنظام مند، یا طبق مطالعات کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی با نواقص جدی بوده است. هرگونه برآوردی غیرقطعی است.	فواید به نظر می‌رسد بیشتر از خطرات و بار بیماری باشد، یا برعکس	1C توصیه قوی شواهد با کیفیت پایین
توصیه‌ی ضعیف، بهترین اقدام ممکن است بسته به شرایط بیماران یا ارزش‌های اجتماعی متفاوت باشد.	شواهد قطعی براساس مطالعات متقن کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی و یا شواهد قریب به یقین مربوط به سایر انواع مطالعات بوده است. بعید است پژوهش بیشتر منجر به تغییر برآورد ما نسبت به فواید و خطرات شود.	فواید دقیقاً با خطرات و بار بیماری مشابه است.	2A توصیه ضعیف شواهد با کیفیت بالا
توصیه ضعیف، رویکردهای جایگزین احتمالاً برای برخی بیماران در بعضی شرایط بهتر باشد.	شواهد براساس مطالعات کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی، با محدودیت‌های مهم (نتایج متناقض، نواقص متدولوژیک، غیرمستقیم یا مبهم)، یا شواهد بسیار قوی مربوط به برخی طرح‌های پژوهشی دیگر بوده است. پژوهش بیشتر (در صورت اجرا) احتمال دارد بر اطمینان ما به برآورد فواید و خطرات مؤثر باشد و ممکن است این برآورد را تغییر دهد.	فواید دقیقاً با خطرات و بار بیماری مشابه است، در برخی موارد عدم اطمینان از مقایسه‌ی فواید، خطرات و بار بیماری وجود دارد.	2B توصیه ضعیف شواهد با کیفیت متوسط
شواهد بسیار ضعیف، جایگزین‌های دیگر ممکن است به یک اندازه منطقی باشد.	شواهد براساس مطالعات مشاهده‌ای، تجربیات بالینی غیرنظام مند، یا طبق مطالعات کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده با تخصیص تصادفی با نواقص جدی. هرگونه برآوردی غیرقطعی است.	عدم اطمینان در برآورد فواید، خطرات و بار بیماری؛ فواید ممکن است دقیقاً با خطرات و بار بیماری مشابه باشد.	2C توصیه ضعیف شواهد با کیفیت پایین

* GR = رتبه توصیه‌ها (Grade of Recommendation) و LOE = سطح شواهد (Level of Evidence)



نکات مهم و محدودیت‌ها

در این مستند، واژه "دخانیات" به فرآورده‌های دخانی صنعتی، تجاری شامل سیگار، تنباکوی بدون دود مثل انفیه، snus، و تنباکوی جویدنی و سیگار برگ اشاره دارد؛ اما محدود به این‌ها نیست. سوء مصرف دخانیات به مصرف دخانیات برای اهداف سنتی یا تشریفاتی توسط مردم بومی محدود نمی‌شود.

اکثر مطالعات ترک دخانیات، مسئله مصرف سیگار معمولی را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ و توجه به این نکته هنگام استفاده از راهنمای بالینی حاضر برای مصرف‌کنندگان تنباکوی بدون دود، حائز اهمیت است. تحقیقات بیشتری در مورد مصرف‌کنندگان تنباکوی بدون دود به منظور درک تأثیر مداخلات ترک درمورد آنها مورد نیاز است.

واژه بیمار/مراجعه‌کننده در این راهنمای بالینی برای منعکس کردن محیط‌های متفاوت بالینی ارائه‌دهنده درمان ترک سیگار به کار رفته است. واژه "ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامتی" سلامت در مورد طیف وسیعی از ارائه‌دهندگان در موقعیت‌های مختلف شامل بیمارستان، کلینیک، مراقبت در منزل، مراقبت حاد، جامعه، مراقبت اولیه، و مراقبت طولانی مدت مورد استفاده قرار گرفته است.

تشکر و قدردانی

این راهنمای بالینی با حمایت مالی اداره تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی با نظارت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بومی‌سازی شده است.

تدوین این راهنمای بالینی حاصل مشارکت کلیه گروه‌های مجری و همکار و نمایندگان محترم از این گروه‌ها بوده که بدون حمایت‌ها و زمان صرف شده از سوی مشارکت‌کنندگان این مهم حاصل نمی‌گردید. از کلیه گروه‌ها و همکاران مشارکت‌کننده در طرح که یاری‌رسان در این امر مهم و ضروری بوده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.



مراحل تدوین و بومی‌سازی راهنمای بالینی کشوری ترک سیگار (دخانیات)

مرحله اول

به منظور تدوین و بومی‌سازی راهنمای بالینی ترک سیگار، در اولین مرحله کار جستجوی منابع الکترونیک و بانک‌های اطلاعاتی در متون پزشکی و پایگاه‌های اختصاصی راهنماهای بالینی آغاز شد.

در این مرحله ۱۶ پایگاه اطلاعاتی مورد جستجو قرار گرفت که ۸ پایگاه مربوط به بانک‌های اطلاعاتی تخصصی راهنماهای بالینی و ۸ پایگاه نیز مربوط به منابع متون پزشکی بودند. براساس جستجوی گسترده در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر تعداد ۲۶ راهنمای بالینی برگزیده شدند.

فهرست بانک‌های اطلاعاتی مربوط به راهنماهای بالینی مورد استفاده در تدوین

1. National Guideline Clearinghouse
2. Guidelines International Network
3. National Institute for Health and Clinical Excellence
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
5. Guidelines Advisory Committee
6. New Zealand Guidelines Group
7. National Health and Medical Research Council
8. WHO | World Health Organization

فهرست بانک‌های اطلاعاتی علمی مورد استفاده در تدوین

1. Pubmed
2. Embase
3. Medline
4. Scopus
5. Up to Date
6. Trip Database
7. Doaj
8. Google Scholar

مرحله دوم

مرحله بعدی این طرح به غربال اولیه راهنماهای بالینی اختصاص داشت و طی آن ۲۶ راهنمای بالینی مربوط به ترک سیگار در دو مرحله مورد بررسی قرار گرفتند. در این ارزیابی مطابق با سه معیار در دسترس بودن نسخه کامل راهنما، به روز بودن راهنما و سازماندهی مناسب، هر راهنمای بالینی در دو فاز مورد نقد قرار گرفت و امتیازدهی شد.



مرحله سوم

در نهایت با برآورد امتیازات هر راهنما بر اساس سه فاکتور مورد اشاره از بین ۲۶ راهنمای بالینی در ارزیابی اولیه تعداد ۸ راهنمای بالینی ترک سیگار انتخاب شدند. لازم به ذکر است امتیازات مربوط به هر راهنمای بالینی در ارزیابی اولیه توسط دو نفر از اعضای هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی انجام شد. گفتنی است در این مرحله راهنماهای بالینی که بعد از سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷ منتشر شده بودند، از نظر به روز بودن امتیاز بالاتری را کسب نمودند. در صورتی که پس از جستجوی منابع مورد نظر صرفاً نسخه Summary یک راهنمای بالینی موجود بود، راهنمای مزبور از نظر در دسترس بودن نسخه کامل امتیاز لازم را کسب نکرد. در مورد فاکتور سازماندهی مناسب نیز مواردی مانند به روز بودن و مدون بودن توصیه ها، همچنین ارجاعات و مستندات مربوط به هر یک از توصیه ها بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. لیست مشخصات و امتیازات مربوط به ۲۶ راهنمای بالینی اولیه، و همچنین مشخصات ۸ راهنمای بالینی منتخب طی جداول جداگانه‌ای در قسمت پیوست راهنمای بالینی حاضر ارائه شده است.

مرحله چهارم

در فاز دیگری از غربال راهنماهای بالینی از بین ۸ راهنمای بالینی تعداد سه راهنمای بالینی به عنوان منتخب برای نقد با ابزار AGREE II انتخاب شدند. این غربالگری بر اساس سه معیار مرحله قبلی مجدداً و این بار طی جلسه‌ای با حضور ۱۰ نفر متشکل از اعضای هیئت علمی، دستیاران پزشکی اجتماعی و کارشناسان مدیریت دانش بالینی انجام گردید. سه راهنمای بالینی منتخب عبارت بودند از:

- Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline (2012), Canada/ KMAH
- A guide to smoking cessation in Scotland (2010) Planning and providing specialist smoking cessation services (2010), NHS Health Scotland
- Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update (2008), U.S. Department of Health and Human Services

مقرر گردید همکاران طرح بعد از مرور نسخه کامل، هر سه راهنمای بالینی را با ابزار AGREE II مورد نقد قرار دهند؛ و در نهایت امتیازات مربوط به راهنماهای بالینی ارزیابی و جمع‌گردد. بر اساس امتیازات حاصل سه راهنمای بالینی برگزیده تعیین شدند.

مرحله پنجم

پس از جمع‌آوری امتیازات مربوط به هر ۳ راهنمای بالینی که با استفاده از ابزار AGREE II توسط ۶ نفر از همکاران طرح به طور مستقل مورد نقد قرار گرفت؛ راهنمای بالینی کشور کانادا با عنوان Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline (2012) به عنوان راهنمای بالینی نهایی برای فاز بومی‌سازی انتخاب گردید.



مرحله ششم

در مرحله بعدی راهنمای بالینی منتخب طبق تقسیم‌بندی و زمان‌بندی فازهای مختلف اجرای طرح شامل ترجمه فصول مختلف، جستجو و به روز کردن شواهد پشتیبان توصیه‌ها توسط هر یک از اعضاء طرح بود. سپس به منظور یکسان‌سازی ساختار راهنمای بالینی، کلیه فصول آن در قالب مشخصی تنظیم شدند. در ادامه، اسنادها و رفرنس‌دهی کل متن راهنمای بالینی با استفاده از شیوه و نکاتور مورد بازبینی قرار گرفت و فایل نهایی شامل خلاصه راهنمای بالینی، فصول اصلی، پیش‌گفتار، مقدمه و پیوست‌ها جهت اعلام نظر خبرگان آماده شد.

مرحله هفتم

بر اساس تجارب و فعالیت‌های تخصصی همکاران مختلف و با تکنیک گلوله برفی اعضاء گروه خبره جهت نهایی‌سازی راهنمای بالینی انتخاب شدند. اعضاء محترم کمیته نهایی‌سازی راهنمای بالینی در یک جلسه ۱۰ ساعته تمامی توصیه‌ها و بندهای موجود در راهنمای بالینی را مرور کرده و نقطه نظرات ایشان در راهنمای بالینی اعمال شد. به این ترتیب نقطه نظرات گروه‌های مختلف مرتبط با موضوع اعم از ارائه‌کنندگان خدمت، مراکز تحقیقاتی، وزارت بهداشت سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های دانشگاهی (گروه‌های همکار طرح) در نسخه نهایی اعمال شد.

به منظور حصول اطمینان از صحت اعمال نقطه نظرات در نسخه نهایی شده و حصول اطمینان از رعایت تمامی ملاحظات پس از جلسه نهایی‌سازی نسخه راهنمای بالینی در اختیار نمایندگان گروه‌های همکار قرار گرفت و بازخوردهای ایشان در نسخه نهایی لحاظ شد. دی‌گرام فرایند انتخاب راهنمای بالینی ترک سیگار، و خلاصه امتیازات تخصیص یافته به سه راهنمای بالینی مزبور در قسمت پیوست موجود است.



رویکردهای بالینی مختلف در ترک سیگار و دخانیات

رویکردهای مشاوره و روانشناختی اجتماعی

مقدمه

رویکردهای مشاوره و روانشناختی نقش بسیار مهمی در فرآیند ترک سیگار دارند. این رویکردها شامل انواع مداخلات از قبیل بسته های آموزشی خودیاری^۱، توصیه های پزشکان و پرستاران، مشاوره های انگیزشی فردی، گروهی و یا ترکیبی از این مداخلات می باشد (۱۴). هدف اولیه مداخلات روانشناختی و رفتار درمانی، شناسایی نشانه های مربوط به سیگار کشیدن در بین افراد سیگاری است؛ و هدف نهایی نیز کاهش استرس و استفاده از تکنیک های آرامش دهنده به افراد است و معمولاً از تکنیک های انگیزشی در اکثر مداخلات روانشناختی رفتار درمانی ترک سیگار استفاده می شود (۱۵).

بسته های آموزشی خودیاری شامل جزوات، نوارهای صوتی و ویدیویی و ... است که افراد سیگاری را با خطرات مرتبط با استعمال دخانیات آشنا می کند. مطالعات نشان داده اند که مداخلات روانشناختی در ترک سیگار از اثربخشی بالایی برخوردار هستند. نتایج مطالعات مرور نظام مند در این مورد نشان می دهد توصیه های پزشکان برای ترک سیگار نسبت شانس ترک سیگار را در گروه مداخله نسبت به گروه عدم مداخله تا ۸۰ درصد افزایش می دهد (OR=1.96) (۱۶). البته مطالعات انجام شده در ایران این میزان را بین ۵ تا ۲۰ درصد اعلام کرده اند (۱۷، ۱۸).

علاوه بر این، مداخلات رفتاردرمانی گروهی^۲ نیز شانس ترک سیگار را دو برابر می کند (OR=1.97) (۱۹). همچنین مشاوره خصوصی نیز از اثربخشی بالاتری نسبت به عدم مداخله برخوردار است (OR=1.62) (۲۰). بعلاوه، مطالعات نشان می دهد مشاوره تلفنی اثربخشی بالاتری نسبت به مداخلات خودیاری دارد (OR=1.56) (۲۱) و مداخلات خودیاری نیز از کمترین اثربخشی در بین سایر مداخلات برخوردار است (OR=1.24) (۲۲).



1. Self-help
2. Group behaviour therapy programmes

توصیه‌های مشاوره و روانشناختی اجتماعی در ترک سیگار

عنوان	شماره توصیه
پرسش کردن در مورد وضعیت مصرف سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز نمایند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
توصیه کردن به ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک سیگار توصیه کنند.	«توصیه دو» رتبه: 1C
ارزیابی تمایل به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان برای شروع درمان جهت ترک سیگار را ارزیابی نمایند.	«توصیه سه» رتبه: 1C
کمک به ترک سیگار: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود برای شروع درمان تا مرحله ترک را ابراز می‌کند، باید کمک فراهم شود. الف: مداخلات حداقلی به مدت ۱-۳ دقیقه، اثربخش است و باید برای همه مراجعه کنندگان در نظر گرفته شود. در عین حال، بین طول جلسات و درمان موفق، رابطه قوی دوز - پاسخ‌دهی وجود دارد و بنابراین در صورت امکان، مداخلات ویژه با مدت طولانی تر باید مورد استفاده قرار گیرد. ب: مشاوره با استفاده از انواع یا ترکیبی از روش‌ها مانند (خودیاری- مشاوره فردی- مشاوره گروهی- خط تلفن مشاور و مبتنی بر وب) ^۲ اثربخش است و به منظور کمک به بیماران یا مراجعه کنندگانی که تمایل خود برای ترک سیگار را ابراز می‌کنند، باید مورد استفاده قرار گیرد. پ- به این دلیل که جلسات متعدد مشاوره، احتمال ترک طولانی مدت سیگار را افزایش می‌دهد، ارائه دهندگان مراقبت سلامت در صورت امکان باید ۴ جلسه مشاوره یا بیشتر فراهم نمایند. ت- تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار اثربخش‌تر از هر کدام از این روش‌ها به تنهایی است، بنابراین در صورت امکان، هر دو روش مذکور باید برای بیماران یا مراجعه کنندگان در حال تلاش برای ترک سیگار فراهم گردد. ث- انجام مصاحبه انگیزشی برای حمایت از تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان در راستای مشارکت در درمان فعلی و آینده توصیه می‌شود.	«توصیه چهار» رتبه: 1A الف، ب، پ، ت: 1A ث، ج: 1B



^۱ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

^۲ به منظور دست یابی به خطوط تلفن و سامانه های مبتنی بر وب مشاوره ترک سیگار به بخش ضمیمه، پیوست A مراجعه بفرمایید.

<p>ج- مشاوره و مداخلات رفتاری، میزان ترک سیگار را به طور معناداری افزایش می‌دهد و باید جهت درمان ترک سیگار در قالب موارد زیر ارائه شود: ۱) فراهم کردن مشاوره کاربردی در زمینه آموزش مهارت یا مهارت‌های حل مسئله، ۲) ارائه حمایت به عنوان بخشی از درمان.</p>	
<p>پیگیری موارد ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت: الف) در صورت نیاز، باید پیگیری منظمی به منظور ارزیابی میزان پاسخ‌دهی به درمان، حمایت و اصلاح درمان انجام دهند. ب) بیماران یا مراجعه کنندگان را در موارد مقتضی ارجاع کنند.</p>	<p>«توصیه پنج» رتبه: الف: 1C ب: 1A</p>

<p>توصیه: پرسش از وضعیت مصرف سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز کنند.</p>
<p>شواهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - همه بیماران باید از نظر مصرف دخانیات مورد پرسش قرار گرفته و وضعیت مصرف دخانیات آنها به طور منظم ثبت شود (۲۳). - افرادی که قصد ترک سیگار دارند، باید در مورد زمان دقیق شروع دوره ترک سیگار مورد سؤال قرار گیرند (۲۴). - بزرگسالانی که حداقل به مدت ۱۲ ماه دخانیات مصرف نکرده اند، باید در مورد وضعیت مصرف سیگار تا اجتناب کامل از دخانیات به مدت ۵ سال سالانه مورد ارزیابی قرار گیرند. افرادی که در طی ۶ ماه گذشته سیگار مصرف کرده اند، باید در اولین فرصت ویزیت شوند (۲۴). - پرسش در مورد وضعیت مصرف دخانیات و ثبت آن باید برای همه بیماران انجام شود. برای بیماران یا مراجعه کنندگانی که سیگار می‌کشند و یا اخیراً سیگار را ترک کرده‌اند، وضعیت مصرف باید به طور منظم بررسی و به روز شود. در کلیه محیط‌های مراقبت سلامت (مراکز پزشکی، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها و ...) باید سیستم‌هایی جهت حصول اطمینان از ثبت دقیق وضعیت مصرف دخانیات به طور منظم اجرا شود (۲۵، ۲۶). - مستندات نشان می‌دهد نظام‌های غربالگری بالینی بر اساس تغییرات علائم حیاتی و وضعیت سلامتی در طی مصرف دخانیات یا استفاده از سیستم‌های یادآور مانند برچسب‌ها یا هشدارهای کامپیوتری در پرونده بیماران یا مراجعه کنندگان به طور قابل ملاحظه‌ای میزان مداخلات مراقبین سلامت در حوزه ترک سیگار را افزایش می‌دهد (۲۳).
<p>ملاحظات بالینی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید در مورد پرسش از بیماران در مورد همه اشکال مصرف دخانیات (سیگار، سیگار برگ، پپ، انواع قلیان، سیگار الکترونیکی و ...) و مشتقات بدون دود (توتون و تنباکوی جویدنی، قورت دانی و حل شدنی و یا



توصیه: پرسش از وضعیت مصرف سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز کنند.

به صورت اسنیف و استنشاقی) ترغیب شوند. به نظر می‌رسد بهترین پرسش این است که آیا بیمار در ۶ ماه گذشته هر یک از اشکال مختلف دخانیات را مصرف کرده است یا خیر؟

- بهترین حالت وجود یک رویکرد نظام مند به پرسش درباره مصرف سیگار است. ثبت وضعیت مصرف دخانیات می‌تواند شامل فرم های ثبت شرح حال بالینی، برچسب‌ها بر روی پرونده بیماران یا مراجعه کنندگان، هشدار در پرونده‌های الکترونیک سلامت، یادآورهای گرافیکی یا از طریق سامانه های یادآور کامپیوتری باشد.



توصیه: توصیه به ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک سیگار توصیه کنند.

شواهد:

- بهتر است تمامی پزشکان تمام مصرف کنندگان دخانیات را قویاً توصیه به ترک نمایند. زیرا شواهد نشان می‌دهد توصیه پزشک به ترک سیگار میزان پرهیز از سیگار را افزایش می‌دهد (۲۳).

- همه پزشکان باید توصیه‌های کوتاه و مختصری برای ترک سیگار به همه بیمارانی که سیگار مصرف می‌کنند، دست کم یک بار در سال داشته باشند (۲۷).

- سایر ارائه دهندگان مراقبت سلامت نیز باید توصیه‌های کوتاه و مختصری برای ترک سیگار به همه بیمارانی که سیگار مصرف می‌کنند، دست کم یک بار در سال داشته باشند (۲۸-۳۰).

- افرادی که قصد ترک سیگار طی ۱ تا ۶ ماه آینده دارند، پذیرای تأکید حمایتی از ترک و برنامه‌های تشویقی مرتبط هستند (۲۴).

ارائه توصیه توسط پرسنل آموزش دیده مراقبت سلامت نقش مؤثری در افزایش میزان ترک سیگار دارد (۳۱).

توصیه‌های پزشکان و مشاوره ترک سیگار توسط پرستاران و مراقبان سلامت مزایای بالقوه‌ای در ترک سیگار دارد، به ویژه در مواردی که توصیه‌ها به صورت خاص و توسط پرسنلی انجام می‌شود که به طور مستقیم به درمان ترک سیگار اقدام می‌ورزند (۲۳).

جدول ذیل میزان موفقیت ترک سیگار را در انواع مداخلات حمایتی و رفتار درمانی نشان می‌دهد (۳۲-۳۵).

نوع مداخله	ارزیابی درصد موفقیت چهار هفته‌ای نتایج مطالعات ملی	ارزیابی درصد موفقیت چهار هفته‌ای نتایج مطالعات بین‌المللی
حمایت فردی	٪۱۵	٪۲۲-٪۵۲
حمایت همسر / خانواده	مستندات ناکافی	مستندات ناکافی
حمایت گروه‌های بسته	٪۴۰	٪۳۲-٪۷۴
حمایت گروه‌های باز	مستندات ناکافی	مستندات ناکافی
حمایت آزاد	مستندات ناکافی	مستندات ناکافی
حمایت تلفنی	٪۳۰	٪۲۲-٪۵۱
حمایت از طریق تلفن گویا	٪۱۰	٪۲۸-٪۶۶
حمایت آنلاین	٪۲۸-٪۶۶	

ملاحظات بالینی

- شواهد نشان می‌دهد حتی در مواردی که ارزیابی‌های تخصصی انجام نشده و یا در دسترس نیست، درمان وابستگی به دخانیات می‌تواند اثربخش باشد.

توصیه: ارزیابی وضعیت ترک مصرف سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان مصرف کنندگان دخانیات را برای شروع درمان ترک سیگار را ارزیابی نمایند.



توصیه: توصیه به ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک سیگار توصیه کنند.

شواهد:

- به محض اینکه مصرف کننده دخانیات شناسایی و توصیه به ترک شد، پزشکان و مراقبان سلامت باید وضعیت تمایل به ترک را در مصرف کننده در آن زمان ارزیابی کنند (۲۳).

- بیمارانی که دچار بازگشت به مصرف شده اند، باید مورد ارزیابی قرار گیرند تا مشخص گردد تمایلی برای تلاش مجدد برای ترک سیگار دارند یا خیر (۲۳).

- افراد سیگاری ممکن است چندین بار قبل از رسیدن به مرحله ترک کامل، بازگشت به مصرف داشته باشند که نیاز به درگیر شدن دوباره در فرآیند ترک سیگار دارد (۳۶).



توصیه: حمایت به منظور ترک سیگار: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود را برای شروع درمان تا ترک ابراز می‌کند، باید حمایت از مراحل ترک فراهم شود.

موارد توصیه ها در ذیل توصیه ۴:

الف: مداخلات حداقلی به مدت ۱-۳ دقیقه، اثربخش است و باید برای تمام مراجعه کنندگان در نظر گرفته شود. در عین حال، بین طول جلسات و درمان موفق، رابطه قوی دوز- پاسخ‌دهی وجود دارد، بنابراین در صورت امکان، مداخلات ویژه باید در نظر گرفته شوند.

ب: مشاوره با استفاده از انواع یا ترکیبی از رویکردهای مختلف مانند (خودیاری‌ها- مشاوره فردی- مشاوره گروهی- خط تلفن مشاور و مشاوره مبتنی بر وب) اثربخش است و به منظور کمک به بیماران یا مراجعه کنندگانی که تمایل خود را برای ترک سیگار ابراز می‌کنند، باید مورد استفاده قرار گیرد.

پ- تکرار جلسات مشاوره، احتمال ترک طولانی مدت سیگار را افزایش می‌دهد، لذا ارائه دهندگان مراقبت سلامت در صورت امکان باید حداقل ۴ جلسه مشاوره یا بیشتر فراهم نمایند.

ت- تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار اثربخش تر از هر یک از این روش‌ها به تنهایی است، بنابراین در صورت امکان، هر دو روش مذکور باید برای بیماران یا مراجعه کنندگان در حال تلاش برای ترک سیگار فراهم گردد.

ث- انجام مصاحبه انگیزشی برای حمایت از بیماران یا مراجعه کنندگان در راستای مشارکت در درمان فعلی و آینده ترغیب می‌گردد.

ج- مشاوره ترک سیگار و مداخلات رفتاری، میزان ترک سیگار را به طور معناداری افزایش می‌دهد و باید جهت درمان ترک سیگار در قالب موارد ذیل ارائه شود: (۱) فراهم آوردن مشاوره کاربردی در زمینه آموزش مهارت یا مهارت‌های حل مسئله، (۲) ارائه مداخلات رفتاری حمایت از رفتارهای منجر به ترک به عنوان بخشی از درمان.

شواهد:

- مداخلات حداقلی مداوم به مدت کمتر از ۳ دقیقه به طور کلی میزان اجتناب از دخانیات را افزایش می‌دهد. به هر مصرف کننده دخانیات باید دست کم یک مداخله حداقلی ارائه شود، ولو اینکه او برای مداخله ویژه ارجاع می‌شود یا خیر (۲۳).

- یک ارتباط دوز-پاسخ قوی بین طول جلسات و مدت زمان مشاوره فردی با نتایج موفقیت‌آمیز درمان وجود دارد (۲۳).

- زمانی که دانش و وقت مراقبان سلامت به آنها توانایی درگیر شدن در مداخلات ویژه را می‌دهد، باید مداخلات ترک سیگار ویژه (بیشتر از ده دقیقه) ارائه شود (۳۶).

- مداخله ترک سیگاری که در اشکال مختلف مشاوره ارائه شود مؤثرتر است (۲۳).

- مشاوره تلفنی فعال، گروه‌های مشاوره و مشاوره خصوصی در ترک موفق سیگار بسیار مؤثر است و یکی از اشکال آن باید به عنوان مداخله برای ترک سیگار در نظر گرفته شود (۲۳).

- ارائه مشاوره از طریق خط تلفن مشاوره ترک سیگار یکی از روش‌های مؤثر در این فرایند است (۲۱).

- محتوای آموزشی مناسب به صورت چاپی یا مبتنی بر صفحات وب می‌تواند برای افراد در حال ترک، مؤثر باشد (۲۳).



توصیه: حمایت به منظور ترک سیگار: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود را برای شروع درمان تا ترک ابراز می‌کند، باید حمایت از مراحل ترک فراهم شود.

- ارائه خدمات ترک سیگار توسط هر طیفی از پزشکان بر افزایش نرخ ترک سیگار تاثیر دارد. بنابراین همه پزشکان باید شرایط مداخلات مربوط به ترک سیگار را فراهم نمایند (۲۳).
- ارائه درمان و مداخلات توسط پزشکان متعددی که با افراد برخورد دارند، مؤثرتر از درمان و مداخله توسط تنها یک پزشک است؛ بنابراین مداخله مختصر توسط بیش از یک پزشک از پزشکان مرتبط با ارائه مراقبت به بیمار توصیه می‌شود (۲۳).
- پرستاران باید دستورالعمل مداخله حداقلی ترک سیگار شامل (پرسش از وضعیت مصرف، توصیه به ترک، حمایت از ترک و پیگیری وضعیت ترک) را برای تمام بیماران پیاده‌سازی کنند (۳۶).
- جلسات مشاوره فردی که برای چهار جلسه یا بیشتر ارائه می‌شود، افزایش میزان اجتناب از دخانیات را به طور مؤثر به همراه خواهد داشت. بنابراین در صورت امکان پزشکان باید تلاش کنند تا چهار جلسه یا بیشتر برگزار نمایند (۲۳).
- هدف باید رسیدن به حداقل چهار جلسه حمایت از ترک سیگار برای تمام بیماران یا مراجعه کنندگان باشد (۱۹، ۲۰).
- همبستگی بالایی بین مشاوره ترک سیگار همراه با دارو درمانی و احتمال موفقیت در اجتناب از دخانیات وجود دارد، بنابراین بهتر است پزشکان مشاوره های چند گانه را به همراه دارو درمانی برای افراد مایل به ترک سیگار، ارائه دهند (۲۳).
- مراقبان سلامت باید افراد سیگاری و همچنین غیرسیگاری را به داشتن محیط خانه ی عاری از دود و حفظ سلامتی اعضاء خانواده و کودکان خود در برابر دود سیگار، تشویق کنند (۳۶).
- چنانچه حمایت‌های رفتاری در مورد ترک سیگار توسط پرسنل آموزش دیده صورت گیرد، بسیار مؤثر خواهد بود (۳۷).
- افرادی که سیگار مصرف نمی‌کنند باید در برابر سیگاری‌ها تحسین و تقویت شوند (۲۴).
- شواهد مشخصی مبنی بر مؤثر بودن مداخلات تخصصی روانپزشکی در مداخله ترک سیگار وجود ندارد. اما مداخلات رفتاری گروهی نسبت به مداخلات ساده تر(مانند محتوای آموزشی خودیاری بدون جلسات فردی و بدون مداخلات رفتاری) احتمال ترک سیگار را تا دو برابر افزایش می دهند (۱۹).
- شواهد واضحی درباره مؤثرتر بودن رفتاردرمانی گروهی نسبت به مشاوره های فردی وجود ندارد، لکن هر دو از عدم مداخلات حمایتی دارای مشاوره رفتاری مؤثرتر است (۱۴).
- مشاوره فردی به تنهایی نیز در موفقیت ترک سیگار اثربخش است (۲۰).
- مشاوره تلفنی ترک سیگار نسبت به سایر مداخلات هزینه اثربخش تر است (۳۸).
- حمایت و مشاوره تلفنی به ویژه به صورت جلسات مشاوره چندگانه می‌تواند به صورت مکمل در کنار سایر مداخلات برای جمعیت‌های مختلف به ویژه جمعیت های روستایی به کار گرفته شود (۳۹).
- مشاوره مبتنی بر وب یک استراتژی هزینه اثربخش در بین استراتژی‌های مشاوره از راه دور جهت ترک سیگار است (۴۰).
- استفاده از سامانه های رایانه ای و سایر روش‌های مشاوره مبتنی بر تکنولوژی اطلاعات به تنهایی و بدون سایر مداخلات نیز احتمال ترک سیگار را افزایش می‌دهد (۴۱).



توصیه: حمایت به منظور ترک سیگار: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود را برای شروع درمان تا ترک ابراز می‌کند، باید حمایت از مراحل ترک فراهم شود.

در بین مداخلات رایج، مداخلات مشاوره مبتنی بر وب و اطاق‌های گفتگو بالاترین هزینه اثربخشی را دارد (۴۱).

میزان موفقیت ترک سیگار با استفاده از روش‌های مشاوره و رفتار درمانی تا بیش از ۵۰٪ گزارش شده و این میزان در مردان و زنان متفاوت نبوده است (۴۲).

نقش مثبت مشاوره بر ترک سیگار در بیماران مزمن انسدادی ریه در ایران نیز نشان داده شده است (۴۳).

تلفیق مشاوره ترک سیگار با دارودرمانی اثربخش‌ترین رویکرد ترک سیگار است (RR=1.82) (۴۴).

حمایت‌های رفتاری فردی می‌تواند در کمک به ترک سیگار مؤثر بوده و بهتر است به صورت جلسات فردی و بیش از ده دقیقه در نظر گرفته شوند (۲۰).

ملاحظات بالینی

تمامی ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طی دوره‌های آموزش ارائه مشاوره ترک سیگار تشویق شوند.

ارائه دهندگان مراقبت سلامت که در یک تیم فعالیت می‌کنند، باید به بحث و تبادل نظر درباره رویکردهای ترک سیگار به منظور افزایش اثربخشی و حصول اطمینان از کاربرد اصولی روش‌ها ترغیب شوند.

آموزش‌ها هم برای ارائه دهندگان مراقبت سلامت و هم بیماران باید واجد پیام‌های اصولی و همسو با امکانات و خدمات باشد. آموزش‌ها باید مواردی که مرتبط با همکاری و حمایت‌طلبی در طول دوره مراقبت از محیط بالینی و جامعه می‌باشد را نیز شامل شود.

داشتن خانه‌ای عاری از دود، کسب مهارت‌های تغییر عادت به منظور به حداقل رساندن میزان بازگشت به مصرف، حمایت متقابل اطرافیان در حوزه ترک سیگار باید ترغیب شود.



توصیه: پیگیری وضعیت ترک:

ارائه دهندگان مراقبت سلامت:

الف) در صورت نیاز، باید پیگیری منظمی به منظور ارزیابی میزان پاسخ به درمان، حمایت و مشاوره و اصلاح درمان انجام دهند.

ب) در صورت نیاز در موارد مقتضی، به عنوان بخشی از درمان بیماران یا مراجعه کنندگان را ارجاع دهند.

شواهد:

- تمامی بیمارانی که مداخله مربوط به وابستگی به نیکوتین را دریافت می‌کنند، باید در طی درمان و پس از اتمام دوره درمان از نظر وضعیت ترک سیگار مورد ارزیابی قرار گیرند. افرادی که ترک موفق داشته‌اند، باید مورد تحسین قرار گرفته و پزشکان از آنها به منظور یاری رساندن به بیمارانی که مشکلاتی در ارتباط با ترک سیگار دارند دعوت کنند (۲۳).

- مراقبان سلامت به منظور ارجاع و پیگیری بیماران باید دانش کافی در مورد منابع و مراکز مختلف ترک سیگار در جامعه را داشته باشند (۳۶).

- ارجاع افراد به مشاور ترک سیگار یا مراکز دارای برنامه‌های ترک دخانیات باید مورد توجه قرار گیرد. سایر مراکز و منابع مرتبط که باید مورد توجه قرار گیرند شامل کلاس‌های آموزشی محلی ترک سیگار، سیستم‌های حمایت اجتماعی و محتوای آموزشی خودیاری و محتوای آموزشی مربوط به شرکت‌های دارویی می‌باشد (۲۴).

- اولین ۱۲ ماه بعد از ترک سیگار به خصوص دو هفته اول ترک، زمانی است که بیشترین خطر بازگشت به سیگار وجود دارد و پیگیری‌های فردی و یا تلفنی و یا مبتنی بر تکنولوژی اطلاعات من جمله پست الکترونیک در این دوره حتماً باید صورت گیرد (۲۴).

ملاحظات بالینی

- در موارد مقتضی، زمانی که موانعی (یعنی محدودیت زمان، منابع، پرسنل و غیره) برای تدارک مشاوره وجود دارد، مشاوره ترک سیگار می‌تواند از طریق نظام ارجاع تفویض شود.
- برنامه‌های اثربخشی برای حمایت از ارائه دهندگان مراقبت سلامت و بیماران یا مراجعه کنندگان وجود دارد (به بخش پیوست، پیوست‌های A, B, C مراجعه نمایید).



خلاءهای مطالعاتی در حوزه مداخلات مشاوره و روانشناختی به منظور ترک سیگار

- در صورت مواجهه بیمار یا مراجعه کننده با عوامل استرس‌زای مختلف، چه زمانی باید در خصوص مصرف سیگار سوال طرح شود؟ (مثلاً نوجوانان با حضور والدین)
- شبکه های اجتماعی و گروه های تعاملی چه تأثیری در مصرف و یا ترک دخانیات دارند.
- تأثیر ترک سیگار بر تعاملات اجتماعی افراد چیست؟
- چه مواردی به افراد سیگاری در حفظ شبکه‌های اجتماعی خود کمک می کنند؟
- اثربخشی یا کارایی مداخلات ترک سیگار در کشور ما چگونه است؟
- اثربخشی درمان‌های جایگزین (هیپنوتیزم درمانی - روش های نوین - لیزر درمانی - طب سنتی) در ترک سیگار چگونه است؟
- تناوب و زمان‌بندی مداخلات مادام که بیش از یک فرد از تیم ارائه دهنده مراقبت سلامت در ترک سیگار بیماران یا مراجعه کنندگان دخیل هستند چگونه باید باشد؟



رویکردهای دارودرمانی در ترک سیگار

مقدمه

ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به منظور کمک به ترک در افراد سیگاری، خدمات ویژه و تخصصی ارائه کنند (۴۵). بهترین شکل از مداخلات به منظور کمک به ترک سیگار در افراد دارای انگیزه و تمایل به ترک تلفیقی از مشاوره رفتاری ویژه و چندجلسه‌ای (مداخلات فردی یا گروهی، یا از طریق تلفن) همراه با دارودرمانی است (۴۶).

راهنماهای بالینی مختلف بدون تناقض توصیه می‌کنند که پزشکان ابتدا افراد سیگاری را شناسایی کنند، سپس در آنها جهت تلاش برای ترک سیگار ایجاد انگیزه نمایند و آنها را در ترک موفق از طریق مشاوره، درمان دارویی و پیگیری حمایت کنند (۴۵).

با آنکه دارودرمانی معمولاً احتمال ترک موفقیت آمیز سیگار را دوچندان می‌کند، این کمک‌های ترک سیگار به طور گسترده تجویز نمی‌شوند یا توسط افراد سیگاری مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. اگرچه راهنماهای بالینی در چندین کشور (ایالات متحده، بریتانیا، فرانسه، استرالیا، نیوزیلند) درمان جایگزین نیکوتین (NRT) یا بوپروپیون SR را به عنوان داروی خط اول توصیه می‌کنند، اطلاعات محدودی از تجویز پزشکان در انتخاب شکل‌های خاص دارودرمانی برای افراد سیگاری در دسترس است (۴۷).

دارودرمانی در زمینه ترک سیگار شامل درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، بوپروپیون (Zyban)، یا وارنیکلین (Champix) است که به کاهش شدت علائم فیزیولوژیکی و روانشناختی در افراد در حال ترک کمک می‌کند (۴۸).

با فرض اینکه فواید سلامتی مربوط به ترک سیگار فراوان است، و اینکه اثرات اقتصادی، مرگ و میر و بیماری به سیگار کشیدن نسبت داده می‌شود، راهنماهای بالینی ترک سیگار توصیه‌هایی جهت درمان وابستگی به دخانیات ارائه کرده‌اند که نه تنها بر اثربخش بودن درمان‌های موردنظر جهت کاهش وابستگی به دخانیات، بلکه بر بسیار هزینه اثربخش بودن آنها تأکید دارند (۴۵).

با وجود راهنماهای بالینی مختلف جهت استفاده بهینه و انطباق شواهد با شرایط موجود در کشورها و حتی نواحی مختلف از یک کشور بومی سازی این دستورالعمل‌ها با نظارت مراجع ذی صلاح توصیه شده است (۱).



توصیه‌های دارودرمانی در ترک سیگار

عنوان	شماره توصیه
تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار نسبت به هر یک از این روش‌ها به تنهایی اثربخش تر است، بنابراین هر دو شیوه در صورت امکان باید به بیماران یا مراجعه کنندگان در حال تلاش برای توقف مصرف سیگار ارائه گردد.	«توصیه یک» رتبه ۱۴: 1A
به هر بیماری که روزانه تعداد ۱۰ نخ سیگار یا بیشتر مصرف می‌کند و تمایل به ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.	«توصیه دو» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید دارودرمانی ترک سیگار را مطابق با اولویت‌ها و نیازهای بالینی بیمار انتخاب و توصیه نمایند. (1C) الف - Varenicline: در مقایسه با دارونما میزان ترک سیگار را در ۶ و ۱۲ ماه افزایش می‌دهد. (1A) ب - Bupropion: در مقایسه با دارونما میزان ترک سیگار را در ۶ ماه افزایش می‌دهد (1A) و می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۱۲ ماه بهبود بخشد. (1B) پ - برچسب پوستی نیکوتین (Nicotine patch): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد. (1A) ت - آدامس نیکوتین (Nicotine gum): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد. (1B) ث - آبنبات مکیدنی نیکوتین (Nicotine lozenge): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) ج - اسپری بینی نیکوتین (Nicotine nasal spray): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) چ - استنشاق دهانی نیکوتین (Nicotine oral inhaler): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) ح - قرص زیرزبانی نیکوتین (Nicotine sublingual tablet): می‌تواند میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد. (2C) خ - شواهد کافی برای تدوین توصیه‌ای در مورد مصرف Clonidine جهت ترک سیگار وجود ندارد. (C) د - شواهد کافی برای توصیه درباره مصرف Nortriptyline جهت ترک سیگار وجود ندارد. (C)	«توصیه سه» رتبه: 1C الف (1A) ب (1A) (1B) پ (1A) ت (1B) ث ج چ ح (2C) خ د (C)



^۴جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه: تلفیق مشاوره و درمان دارویی ترک سیگار نسبت به هر یک از این روش‌ها به تنهایی اثربخش‌تر است، بنابراین هر دو شیوه در صورت امکان باید به بیماران یا مراجعه‌کنندگان در حال تلاش برای توقف مصرف سیگار ارائه گردد.

شواهد:

- تلفیق مشاوره و تجویز دارو جهت ترک سیگار نسبت به هر یک از روش‌های مشاوره یا درمان دارویی به تنهایی اثربخش‌تر است. بنابراین در صورت امکان و اقتضاء، مشاوره و نیز تجویز دارو باید برای بیماران در حال تلاش برای ترک سیگار ارائه گردد (۴۹).

- رابطه قوی بین تعداد جلسات مشاوره مادامکه همراه با تجویز دارو است و احتمال ترک موفقیت‌آمیز سیگار وجود دارد. بنابراین تا حد امکان پزشکان باید جلسات متعدد مشاوره علاوه بر تجویز دارو برای بیماران در حال تلاش برای ترک سیگار فراهم نمایند (۴۹).

- شواهد پیوسته توصیه می‌کنند که اثربخش‌ترین رویکرد ترک سیگار، تلفیقی از حمایت رفتاری ویژه چندجلسه‌ای و درمان دارویی است (۴۸).

- در تمامی مداخلات باید مکانیزم‌های مقابله مداوم با تمایل به مصرف سیگار، حمایت و درمان دارویی تا پایان معالجه برنامه‌ریزی شود (۴۸).

- متخصصان و مشاوران ترک سیگار باید مداخلات رفتاری فردی ساختارمند (گروهی و/یا فردی) و دارودرمانی را به افراد سیگاری راغب به ترک سیگار ارائه نمایند (۴۸).

- متخصصان و مشاوران ترک سیگار باید حمایت رفتاری شامل جلسات متعددی را فراهم سازند که حداقل یک هفته قبل از تاریخ ترک هدف آغاز شده و حداقل ۴ هفته بعد ادامه یابد، و هر هفته یک بار برگزار شود (۴۸).

- متخصصان و مشاوران ترک سیگار باید از دستورالعملی ساختارمند جهت حمایت رفتاری به منظور به حداکثر رساندن ارائه همه جنبه‌های توصیه دارودرمانی و انگیزشی استفاده نمایند (۴۸).

- حمایت رفتاری جهت ترک سیگار همراه با دارودرمانی صرفاً باید توسط کادر متخصص (دوره دیده) و موظف برای انجام این کار و یا با در نظر گرفتن زمان کاری مختص به این امر، به جای مداخلات مختصر از طریق متخصصان سلامت به عنوان قسمتی از درمان روتین فراهم گردد (مداخلات ترک سیگار به عنوان بخشی از خدمات روتین تخصصی جایگزین مؤثر حمایت ویژه و تخصصی ترک سیگار نیست) (۴۸).

- متخصصان و مشاوران ترک سیگار باید حمایت و توصیه مناسب، به ویژه به مراجعه‌کنندگان از گروه‌های آسیب‌پذیر، اقلیت قومی، زنان باردار و بیماران بیمارستانی را ارائه نمایند (۴۸).

- همه مداخلات باید چند جلسه‌ای (با حمایت رفتاری ساختارمند در طول اقدام به ترک و طی ارائه درمان دارویی تأییدشده) و با در نظر گرفتن زمان کلی مواجهه با مراجعه‌کنندگان حداقل ۱/۵ ساعت (از آماده‌سازی پیش از ترک تا حداقل ۴ هفته بعد از ترک) باشد؛ این رویکرد پایش اثربخشی، تبعیت مراجعه‌کننده و دسترسی مداوم به دارو را تضمین خواهد کرد (۴۸).



توصیه: به هر بیماری که روزانه تعداد ۱۰ سیگار یا بیشتر مصرف می‌کند و تمایل به تلاش برای ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.

- ابزارهای مختلفی به منظور میزان وابستگی به نیکوتین در افراد مصرف کننده دخانیات وجود دارد. میزان وابستگی به نیکوتین در موارد کمتر از ۱۰ نخ سیگار روزانه و یا معادل آن می‌تواند با مداخلات رفتار درمانی وبدون دارو ترک شود. استفاده از دیگر ابزارهای پیچیده تر در مورد ارزیابی میزان وابستگی به دخانیات (از اشکال مختلف) در صورت وجود فرصت و امکان توصیه می‌شود. (نمونه‌ای از این ابزارها در بخش پیوست ارائه شده است، پیوست B)

شواهد:

- پزشکان باید تمامی بیماران در حال تلاش برای ترک سیگار را به استفاده از داروهای مؤثر جهت درمان وابستگی به دخانیات ترغیب کنند، مگر در موارد وجود منع مصرف یا برای جمعیت‌های خاص که شواهد کافی اثربخشی دارو در مورد آنها موجود نیست (زنان باردار، مصرف کنندگان دخانیات بدون دود، مصرف کنندگان تعداد کم سیگار و نوجوانان) (۴۹).

- افراد سیگاری در حال تلاش جهت ترک سیگار باید جهت استفاده از دارو به منظور کمک به ترک سیگار، به جز در صورت وجود منع مصرف مورد تشویق قرار گیرند (۴۵).

- مراجعه کنندگان باید در تمام مدت اقدام به ترک از جمله طول دوره تجویز دارو مورد حمایت و مشاوره قرار گیرند (۴۸).

- کلیه مداخلات درمانی باید شامل توصیه جامعی در مورد درمان دارویی مناسب، اثرات جانبی احتمالی و شیوه‌های دسترسی به درمان باشد (۴۸).

- درمان های خط اول، داروهایی را در بر می‌گیرند که برای ترک سیگار مؤثر شناخته شده و دارای مجوز هستند. این داروها شامل درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، وارنیکلین و بوپروپیون هستند (۵۰).

- درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، بوپروپیون SR و وارنیکلین درمان‌های خط اول برای ترک سیگار هستند (۴۵).

- انواع درمان های جایگزین نیکوتین (NRTs) شامل آدامس، برچسب نیکوتین، استنشاقی، اسپری بینی، آبنبات مکیدنی و قرص‌های زیرزبانی به عنوان درمان‌های ترک سیگار به یک اندازه اثربخش هستند (۴۵).

وارنیکلین، بوپروپیون و انواع درمان‌های جایگزین نیکوتین همگی مؤثرتر از دارونما در اجتناب از سیگار در ۶ و ۱۲ ماه هستند (۵۱).

جدول ذیل میزان موفقیت ترک سیگار را در انواع مداخلات دارویی تکی و ترکیبی نشان می‌دهد (۵۲-۵۴).



توصیه: به هر بیماری که روزانه تعداد ۱۰ سیگار یا بیشتر مصرف می‌کند و تمایل به تلاش برای ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.

ارزیابی درصد موفقیت پس از	نوع مداخله	
	۱۲ ماه	۶ ماه
وارنیکلین	۳۲	۵۸
آدامس	۲۴-۲۵	۴۵-۲۲
برچسب پوستی	۱۶-۷۹	۷۶-۹۱
قرص زیر زبانی	۱۸-۲۰	۱۸-۲۰
برچسب پوستی و آدامس	۶۲,۵	۶۷,۵
برچسب پوستی و قرص زیر زبانی	۶۱	۵۴
برچسب پوستی و ترازدون	۲۷	۴۵

- درمان وابستگی به نیکوتین و علائم ترک نیکوتین می‌تواند شامل درمان جایگزین نیکوتین (NRT) و/یا بوپروپیون به طور منظم یا دوره ای باشد.

- درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، وارنیکلین یا بوپروپیون به طور معمول باید همراه با تعیین تاریخ ترک و به عنوان قسمتی از درمان تجویز شود که در آن فرد سیگاری به ترک سیگار در تاریخ خاص متعهد می‌شود (۴۸).



توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید دارودرمانی ترک سیگار را مطابق با اولویت‌ها و نیازهای بالینی بیمار انتخاب و تنظیم نمایند.

شواهد:

- یک دارو نباید نسبت به داروی دیگر ترجیح داده شود، مگر اینکه منع مصرف یا احتیاط‌هایی در مورد آن وجود داشته باشد.
- در تصمیم به تجویز دارو ونحوه مصرف، باید در مورد انتخابی که بیشترین احتمال موفقیت را دارد با مراجعه کننده یا بیمار صحبت شود؛ موارد تعیین کننده در بهترین رویکرد درمانی عبارتند از:
 - منع مصرف و احتمال بروز اثرات جانبی (پزشکان و تجویزکنندگان باید دارای دانش به روز از هر منع مصرف و یا عوارض احتمالی داروها باشند)
 - اولویت‌های شخصی مراجعه کننده
 - در دسترس بودن حمایت رفتاری متناسب با نوع مداخله دارویی
 - احتمال پیگیری دوره درمان توسط مراجعه کننده
 - تجربه قبلی مراجعه کننده از داروهای ترک سیگار (۴۸).
- درمان جایگزین نیکوتین (NRT):** شش شکل از محصولات NRT همگی دارای اثربخشی یکسان می باشند. لذا انتخاب بین آنها برای بیماران یا مراجعه کنندگان اغلب بر اساس اولویت‌های تجربی و شخصی است.
 - برچسب پوستی: محتاطانه و آسان‌ترین روش برای مصرف است
 - آدامس: کنترل مناسب دوز نیکوتین را امکان‌پذیر می‌سازد
 - اسپری: برای افراد با وابستگی شدید به علت انتقال سریع نیکوتین، مناسب است
 - قرص زیرزبانی: محتاطانه و قابل انعطاف بوده و کنترل دوز مناسب نیکوتین را فراهم می‌آورد
 - آبنبات مکیدنی: محتاطانه و قابل انعطاف بوده و کنترل دوز مناسب نیکوتین را فراهم می‌آورد
 - استنشاقی: در مواردی که مراجعه کننده وابستگی به فرم سیگار کشیدن دارد، مناسب است (۴۸).
- صرفنظر از نوع داروی NRT تجویز شده و مورد استفاده، اقدام به ترک مراجعه کننده، آغاز استفاده از داروی موردنظر در تاریخ ترک و ادامه استفاده برای تقریباً ۱۲ هفته توصیه می‌شود؛ مدت استفاده ممکن است بر اساس نوع تولیدکننده/علامت تجاری، شکل دارو و مرحله ترک متفاوت باشد (۴۸).
- با توجه به عوارض جانبی داروها پزشکان باید مخاطرات کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تداوم مصرف سیگار را در مقابل خطرات و فواید بالقوه دارودرمانی ارزیابی کرده و بر این اساس تجویز را انجام دهند (۴۸).



توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید دارودرمانی ترک سیگار را مطابق با اولویت‌ها و نیازهای بالینی بیمار انتخاب و تنظیم نمایند.

- درمان جایگزین نیکوتین، بوپروپیون و وارنیکلین همگی در ترک سیگار اثربخش بوده اما عوارض جانبی متفاوتی دارند که می‌تواند با ترک سیگار مرتبط باشد، این عوارض مهم بوده و نیاز به پایش دارند (۵۵).

- در تمامی مداخلات باید مصرف درمان دارویی پایش شود (۴۸).

- معاینات مکرر و پیگیری منظم در ترک سیگار حائز اهمیت بوده و با موفقیت طولانی مدت در ترک سیگار ارتباط دارند (۴۵).

- برخی از انواع محصولات NRT در افراد سیگاری مایل به "کاهش مصرف به قصد ترک" توصیه می‌شوند. با توجه به سطح شواهد، استراتژی کاهش مصرف سیگار به کمک نیکوتین برای ترک (NARS)^{۱۵} توصیه خط اول نمی‌باشد و منحصراً باید در قالب یک برنامه‌ی به خوبی طراحی شده اجرا شود. مشارکت کنندگان در این برنامه‌ها افرادی خواهند بود که سعی مکرر برای ترک سیگار داشته و موفق نبوده‌اند و نیز افراد سرسختی که خواهان ترک ناگهانی سیگار نیستند (۴۸).

- تجویز NRT، وارنیکلین یا بوپروپیون باید پس از تاریخ ترک هدف تداوم داشته باشد. به طور معمول، این زمان پس از ۲ هفته برای NRT، و سه تا چهار هفته برای وارنیکلین یا بوپروپیون خواهد بود. تجویزهای بعدی باید مشروط به تداوم ترک و منحصر به افرادی باشد که در پیگیری استمرار تلاش ایشان برای ترک مستمر محرز شده است.

در صورتیکه تلاش فرد سیگاری برای ترک با استفاده از NRT، وارنیکلین یا بوپروپیون موفقیت‌آمیز نباشد؛ تجویز تکراری در طول ۶ ماه توصیه نمی‌شود؛ مگر آن که شرایط خاصی، مانع از تلاش اولیه فرد برای ترک سیگار شده باشد؛ که در این هنگام تلاش مجدد در فاصله زمانی کوتاه می‌تواند منطقی باشد (۴۸).

- در مورد افرادی که سطح بالایی از وابستگی نیکوتین را نشان می‌دهند یا افرادی که شکل تکی NRT را در گذشته دریافت کرده و آن را کافی نمی‌دانند؛ می‌توان پیشنهاد تلفیق برچسب‌های پوستی نیکوتین و سایر اشکال NRT (مانند آدامس، استنشاقی، آبنبات مکیدنی، قرص زیرزبانی یا اسپری بینی) را مورد تجویز قرار داد (۴۸).

- ترکیب انواع مختلف درمان جایگزین نیکوتین (NRT) (برچسب‌های پوستی نیکوتین و اشکال دیگر از قبیل آدامس، استنشاقی، آبنبات مکیدنی، قرص زیرزبانی یا اسپری بینی) می‌تواند توصیه شود، لکن ترکیب داروهای گروه‌های مختلف (NRT، وارنیکلین یا بوپروپیون) صرفاً در موارد خاص تجویز می‌شود (۴۸).

- رایج‌ترین ترکیب‌ها در تجویز درمان جایگزین نیکوتین شامل ترکیب یک نوع دوز حاد (اسپری بینی یا استنشاقی) همراه با (دوز طولانی مدت) برچسب پوستی نیکوتین هستند. تجویز NRT در درجه اول تنها برای دو هفته صورت گرفته و تجویز(های) دوم یا بعدی تنها در شرایطی توصیه می‌شود که فرد سیگاری تلاش مداوم خود را برای ترک نشان دهد (۴۸).



توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید دارودرمانی ترک سیگار را مطابق با اولویت‌ها و نیازهای بالینی بیمار انتخاب و تنظیم نمایند.

- اثربخشی ترکیب‌های خاصی از داروهای خط اول برای درمان ترک سیگار روشن بوده و پزشکان می‌توانند ترکیب‌های دارویی را برای بیماران با وابستگی شدید و مایل به ترک سیگار با وجود عدم موفقیت در دوره کوتاه مدت در نظر بگیرند. داروهای ترکیبی مؤثر عبارتند از:

-- برچسب پوستی نیکوتین طولانی مدت (۱۴ هفته >) + سایر درمان‌های جایگزین نیکوتین (NRT) (آدامس و اسپری)

-- برچسب پوستی نیکوتین + استنشاق دهانی نیکوتین

-- برچسب پوستی نیکوتین + بوپروپیون SR یا وارنیکلین (۴۵, ۴۹).

- ترکیب برچسب پوستی نیکوتین با یک فرم با دوز قابل کنترل توسط فرد در برنامه درمان جایگزین نیکوتین (NRT) می‌تواند در مقایسه با یک نوع از NRT اثربخش‌تر باشد (۴۵).

- درمان ترکیبی بوپروپیون SR با درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، و درمان با وارنیکلین ممکن است برای افراد شدیداً سیگاری اثربخش‌تر باشد (۴۵).



گروه‌های خاص جمعیتی:

مداخلات رفتاری و مشاوره به شکل تنظیم شده برای هر فرد سیگاری در قالب متناسب باید ارائه شود (۲۵، ۵۶). به علاوه، درمان دارویی در افراد سیگاری براساس جدول زیر توصیه می‌شود:

جدول- دارودرمانی خط اول در جمعیت های خاص

گروه‌های خاص	وارنیکلین	بوپروپیون	درمان جایگزین نیکوتین
زنان باردار و شیرده	ND	ND	\sqrt{a}
کودکان و نوجوانان (۱۲-۱۸ سال)	ND	ND	$\sqrt{}$
افراد مبتلا به بیماری‌های مرتبط با مصرف سیگار			
• بیماری قلبی عروقی	ND	$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
• بیماری مزمن انسدادی ریه	ND	$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
• دیابت	ND	ND	\sqrt{b}
• نارسایی شدید کلیوی	\sqrt{c}	ND	\sqrt{d}
• نارسایی کبدی متوسط تا شدید	$\sqrt{}$	ND	\sqrt{d}
افراد مبتلا به امراض روانی			
• افسردگی	ND	$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
• اسکیزوفرنی	ND	\sqrt{e}	$\sqrt{}$
• افراد دارای اختلالات مصرف مواد	ND	\sqrt{f}	$\sqrt{}$
موارد عدم مصرف (مجزا از حساسیت بالا نسبت به ترکیبات فعال)		Yes ^g	

$\sqrt{}$ = مناسب

C = تنظیم دوز مورد نیاز است

ND = فاقد شواهد توصیه تجویز

d = با احتیاط

a = دوز متفاوت محصولات ارجح است

e = با پیگیری دقیق

b = فقط سطح قند خون به طور دقیق پایش شود

f = احتیاط در مورد سوء مصرف الکل

g = حمله صرعی، بی‌اشتهایی، پراشتهایی روانی، تومور سیستم عصبی مرکزی، درمان MAO Inhibitor طی ۱۴ روز (۵۰).



- اگر تجویز NRT برای افراد جوان در سنین ۱۲ تا ۱۷ سال، زنان باردار یا شیرده یا افراد مبتلا به آنژین قلبی ناپایدار در نظر گرفته شود، خطرات و فواید آن باید برای بیمار شرح داده شود. جهت به حداکثر رساندن فواید NRT، در این گروهها باید به حمایت های رفتاری تخصصی در تلاش برای ترک توصیه و اقدام شود (۴۸).

- بیماران قلبی عروقی و ریوی: به استثناء واریکلین، به نظر می رسد داروهای خط اول ترک سیگار برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی پایدار، بی خطر باشد (۵۷، ۵۸). ایمنی این داروها در بیماران دارای بیماری قلبی عروقی ناپایدار مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

- درمان جایگزین نیکوتین (NRT) و نیز بوپروپیون SR هر دو اثربخش بوده و به خوبی در میان افراد سیگاری مبتلا به بیماری قلبی عروقی پایدار و بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) تحمل می شوند. واریکلین ممکن است اثر درمانی اضافی به عنوان درمان ترک سیگار در این گروهها داشته باشد (۴۵).

- واریکلین یا بوپروپیون ممکن است بر اساس قضاوت بالینی، به افراد دچار اختلالات قلبی عروقی ناپایدار پیشنهاد شود (۴۸).

- بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی: درمان دارویی ترک سیگار موجب کنترل علائم ترک نیکوتین در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی می شود و در عین حال ممکن است علائم روانپزشکی را در این بیماران تشدید کند. علائم ترک نیکوتین می تواند شبیه اختلالات اضطرابی به نظر آید یا در صورت وجود این اختلالات علائم مربوطه را تشدید کند. در چنین مواردی پایش و درمان علائم ضروری است (۲۳).

- مبتلایان به سوء مصرف مواد: به افراد سیگاری دارای وابستگی به مواد جهت کمک به ترک سیگار باید هر دو درمان دارویی و مشاوره ارائه شود (۵۹). ارائه مداخلات ترک سیگار در تمام محیطهای مراقبت سلامت از جمله در مراکز درمان اختلالات سوء مصرف مواد توصیه می شود: (۶۰، ۶۱)

مداخلات توصیه شده جهت ترک سیگار در افراد دارای وابستگی به مواد مخدر شامل:

۱. مداخلات مختصر (شناسایی و درگیر شدن)

۲. خدمات درمانی (درمان اعتیاد به نیکوتین)

• مشاوره

• درمان دارویی می باشد (۶۰)

- توصیه هایی برای درمان وابستگی به نیکوتین در مبتلایان به سوء مصرف مواد:

- تمرکز بر ایجاد انگیزه در افراد سیگاری جهت ترک و آموزش مهارت های مشاوره ترک سیگار به فرد سیگاری (برای مثال، مداخلات انگیزشی، کنترل محرک، و مهارت های پیشگیری از عود) (حمایت از ترک)

- استفاده کمکی از ترکیبات دارویی (NRT همراه با بوپروپیون SR) در موارد وابستگی به دخانیات (۶۲).



رویکردهای زیر علاوه بر توصیه های پنجگانه در ترک سیگار در مبتلایان به اختلالات سوء مصرف مواد پیشنهاد می شود:

- در نظر گرفتن درمان سوء مصرف مواد با استفاده از داروهائی که هم مشکلات سوء مصرف مواد را هدف قرار می‌دهند؛ و همچنین ممکن است به ترک سیگار کمک نماید (Naltrexone برای افراد الکلی)
 - استفاده از درمان داروئی ترکیبی ترک سیگار مادامیکه ترک با یک دارو موفقیت آمیز نبوده است (۲۳، ۵۹).
 - بوپروپیون SR به ترک سیگار در میان افراد سیگاری با سابقه وابستگی به الکل یا افسردگی شدید کمک می‌کند (۶۳).
 - با توجه به اینکه داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای و بوپروپیون ممکن است در درمان کوکائین و سایر وابستگی‌ها به مواد محرک، کارایی داشته باشند، تجویز کنترل شده این داروها به منظور ترک سیگار در جمعیت‌های دارای اختلالات مصرف مواد نیز مجاز است (۶۲).
- زنان باردار:** ترک داروئی سیگار می‌تواند در موارد زیر برای زنان باردار در نظر گرفته شود: الف) زمانی که زنان باردار قادر به ترک از طریق درمان غیرداروئی نیستند؛ ب) زمانی که احتمال ترک و فواید بالقوه آن، بیش از خطرات درمان داروئی و مصرف مداوم سیگار است (۲۳).
- هیچکدام از وارنیکلین و بوپروپیون نباید توسط افراد جوان زیر ۱۸ سال یا زنان باردار یا شیرده مصرف شوند (۴۸).
- نوجوانان:** مداخلات رفتاری و انگیزشی ترک سیگار باید برای نوجوانان در تمام موارد به کار گرفته شود (۶۴). اکثر مطالعات ترک سیگار بر جمعیت بزرگسال تمرکز دارد لذا شواهد کافی در مورد داروها در نوجوانان محدود است. تنها درمان‌هایی که در نوجوانان مورد ارزیابی قرار گرفته است، شامل برجسب پوستی نیکوتین، آدامس نیکوتین و بوپروپیون است. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که این مداخلات می‌تواند منجر به کاهش تعداد سیگار مصرفی روزانه شود، اما میزان ترک در کل در نوجوانان پایین است (۶۵).
- هیچکدام از وارنیکلین و بوپروپیون نباید توسط افراد جوان زیر ۱۸ سال یا توسط زنان باردار یا شیرده مصرف شوند (۴۸).
- بیماران بستری:** شواهد موجود از ارائه مداخلات بیمارستان محور ترک سیگار به تمامی افراد سیگاری حمایت می‌کند (۶۶). شواهد نشان می‌دهد که مداخلات ترک سیگار قبل از عمل جراحی، ممکن است شدت عوارض پس از عمل را کاهش دهد. اگر مداخلات ۴ تا ۸ هفته قبل از عمل جراحی (درمان جایگزین نیکوتین و مشاوره هفتگی) اجرا شود؛ با احتمال بیشتری به ترک سیگار طولانی مدت می‌انجامد (۶۷).

توصیه: وارنیکلین (Varenicline): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با گروه دارونما افزایش می‌دهد.

شواهد:

- وارنیکلین یک درمان اثربخش ترک سیگار است که بیماران باید برای مصرف آن ترغیب شوند (۲۳).
- براساس شواهد اخیر، وارنیکلین اثربخش ترین نوع درمان داروئی است (۶۸، ۶۹).
- استفاده از وارنیکلین در کشورهای مختلف به عنوان درمان داروئی ترک سیگار تأیید شده است. باوجود شواهد محدود درباره وارنیکلین، این دارو توسط پژوهشگران و پزشکان بسیاری به عنوان اثربخش‌ترین کمک برای ترک سیگار تلقی می‌شود (۴۸) (۵۱).
- وارنیکلین نوع جدیدی از دارو برای درمان داروئی خط اول ترک سیگار است (۵۰).



- دوز توصیه شده وارنیکلین یک میلی گرم دو بار در روز متعاقب یک هفته آماده سازی به ترتیب زیر است:

روزهای اول تا سوم: به میزان ۰/۵ میلی گرم یک بار در روز

روزهای چهارم تا هفتم: به میزان ۰/۵ میلی گرم دو بار در روز

روز هشتم: به میزان یک میلی گرم دو بار در روز (۵۰).

- وارنیکلین (Champix) یک تا دو هفته قبل از تاریخ هدف فرد برای توقف مصرف سیگار آغاز می شود. این دوز در طول هفته اول افزایش می یابد تا به سطح درمانی برسد و دوره استاندارد درمان ترک با آن ۱۲ هفته است. درمان ممکن است در افراد در حال ترک سیگار جهت کاهش خطر عود، تکرار شود. اگرچه به نظر می رسد فواید آن نسبتاً کم باشد (۴۸).

با آنکه وارنیکلین بیش از داروهای خط اول موجود، در درمان دارویی ترک سیگار موفقیت نشان داده، به تازگی مطالعات مروری پس از عرضه دارو، نگرانی ها در مورد ایمنی وارنیکلین را افزایش داده است (۴۷).

توصیه: بوپروپیون (Bupropion): در مقایسه با دارونما میزان ترک سیگار را در ۶ ماه افزایش داده و ممکن است این میزان را در ۱۲ ماه نیز بهبود بخشد.

شواهد:

- بوپروپیون آهسته رهش ((Bupropion Sustained Release (Zyban®)): بوپروپیون درمان خوراکی غیرنیکوتینی است که میل شدید به سیگار و نیز علائم حاصل از ترک نیکوتین را کاهش می دهد (۵۰).

- بوپروپیون SR یک درمان ترک سیگار اثربخش است که بیماران باید برای مصرف آن تشویق شوند (۲۳).

- بوپروپیون به صورت یک بسته آغازین (Starter) حاوی ۳۰ قرص و یک بسته پیگیری حاوی ۹۰ قرص در دسترس است. بوپروپیون آهسته رهش ۱۵۰ میلی گرم یکبار در روز برای ۳ روز اول تجویز می شود و سپس به ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز افزایش می یابد. بیمار باید مصرف سیگار را در هفته دوم درمان متوقف کند. بوپروپیون می تواند به صورت ترکیبی با درمان جایگزین نیکوتین (NRT) مورد استفاده قرار گیرد، اما در چنین مواردی فشار خون فرد باید پایش شود (۵۰).

- درمان ترک سیگار با بوپروپیون (Zyban) برای ۴ هفته توصیه می شود و سپس ۴ هفته دیگر در صورت تداوم تلاش جهت ترک (با یک دوره عادی هفت تا هشت هفته ای) قابل تجویز بوده و آغاز دوره درمان باید با دوز کمتر و از یک تا دو هفته قبل از تاریخ ترک تجویز شود (۴۸).

- بوپروپیون نباید در افراد زیر ۱۸ سال و زنان بارده و یا شیرده تجویز شود (۴۸).



<p>توصیه: برچسب پوستی نیکوتین (Nicotine patch): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد.</p>
<p>شواهد:</p> <p>- برچسب پوستی نیکوتین یک درمان اثربخش در ترک سیگار است که بیماران باید برای مصرف آن ترغیب شوند (۲۳).</p>
<p>توصیه: آدامس نیکوتین (Nicotine gum): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در قیاس با دارونما بهبود می‌بخشد.</p>
<p>شواهد:</p> <p>- آدامس نیکوتین یک درمان اثربخش در ترک سیگار است که باید بیماران برای مصرف آن ترغیب شوند (۲۳).</p> <p>- اگرچه دوز معمول ۲ میلی گرم در روز است لکن در افراد سیگاری با وابستگی شدید به دخانیات به جای ۲ میلی گرم آدامس نیکوتین، ۴ میلی گرم در روز توصیه می‌شود (۲۳).</p>
<p>توصیه: آبنبات مکیدنی نیکوتین (Nicotine lozenge): ممکن است میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد.</p>
<p>شواهد:</p> <p>آبنبات مکیدنی نیکوتین، درمان بی خطر و اثربخش برای ترک سیگار در میان افراد سیگاری با وابستگی کم تا متوسط محسوب می‌شود (۷۰).</p>
<p>توصیه: اسپری بینی نیکوتین (Nicotine nasal spray): میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود می‌بخشد.</p>
<p>شواهد:</p> <p>- اسپری بینی نیکوتین یک درمان ترک سیگار اثربخش است که بیماران یا مراجعه کنندگان به منظور ترک سیگار باید برای مصرف آن ترغیب شوند (۲۳).</p>
<p>توصیه: استنشاق دهانی نیکوتین (Nicotine oral inhaler): ممکن است میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد.</p>
<p>شواهد:</p> <p>- استنشاق دهانی نیکوتین یک درمان ترک سیگار اثربخش است که بیماران یا مراجعه کنندگان به منظور ترک سیگار باید برای مصرف آن ترغیب شوند (۲۳).</p>



استنشاق دهانی نیکوتین به طور مؤثر و ایمن منجر به کاهش مداوم مصرف سیگار طی ۲۴ ماه می گردد (۷۱).
توصیه: قرص زیرزبانی نیکوتین (Nicotine sublingual tablet): ممکن است میزان ترک سیگار را در ۶ ماه و ۱۲ ماه در مقایسه با دارونما بهبود بخشد.
شواهد: قرص زیرزبانی نیکوتین موجب افزایش میزان ترک سیگار در مقایسه با گروه دارونما و کاهش اشتیاق افراد سیگاری با وابستگی شدید همراه با تحمل خوب در آنها می شود (۷۲).
توصیه : شواهد کافی جهت توصیه تجویز کلونیدین (Clonidine) جهت ترک سیگار وجود ندارد.
شواهد: - کلونیدین در درمان ترک سیگار اثربخش است و می تواند تحت نظارت پزشک به عنوان داروی خط دوم برای درمان وابستگی به دخانیات مورد استفاده قرار گیرد (۷۳) (۲۳).
توصیه: شواهد کافی جهت توصیه به تجویز نورتریپتیلین (Nortriptyline) جهت ترک سیگار وجود ندارد.
شواهد: - نورتریپتیلین در درمان ترک سیگار اثربخش است و می تواند تحت نظارت پزشک به عنوان عامل خط دوم برای درمان وابستگی به دخانیات مورد استفاده قرار گیرد (۷۳) (۵۰) (۴۵) (۲۳).



الگوریتم تنظیم برنامه دارودرمانی در مراکز ارائه مراقبت اولیه جهت ترک سیگار (۱)

سؤال کردن از افراد سیگاری:

پرسش در مورد مصرف دخانیا: روزانه چند نخ سیگار می کشید؟
(پاکت بزرگ= ۲۵، پاکت کوچک= ۲۰)

ترک سیگار و افزایش وزن

۸۰ درصد افراد به طور متوسط ۴٫۵-۱٫۸ کیلوگرم (تا ۱۳٫۶ کیلوگرم) اضافه وزن خواهند داشت. هرچه تعداد سیگار مصرفی بیشتری باشد، هنگام ترک وزن فرد بیشتر افزایش می باید. تأخیر در افزایش وزن توسط داروهای ذیل ممکن است: بوپروپیون SR، NRT: ۴ میلی گرم آدامس / قرص مکیدنی

توصیه کردن به افراد برای ترک سیگار.

من به عنوان ارائه دهنده مراقبت سلامت، نگران مصرف دخانیات شما هستم و توصیه می کنم که آن را ترک نمائید. می خواهم چند دقیقه در مورد بررسی وابستگی شما به سیگار صحبت کنم.

اگر بله: آمادگی فرد را ارزیابی کنید.

اگر خیر: اگر نظرتان را تغییر دادید، من مشتاق هستم در این مورد در آینده بحث کنم.

ارزیابی آمادگی برای ترک:

۱. با فرض اینکه درحال حاضر همه چیز در زندگی شما به خوبی می گذرد، ترک سیگار برای شما چقدر اهمیت دارد؟
۲. به خودتان مطمئن هستید که بتوانید سیگار را ترک کنید؟

هر سؤال را از صفر تا ۱۰ امتیاز دهید.

مصاحبه انگیزشی - بررسی 5R

با استفاده از بازخورد ارتباطی

- ۱- ارتباط خطر با خود
- ۲- فواید ترک سیگار
- ۳- خطرات مرتبط با ادامه مصرف
- ۴- توقف و ارزیابی خطر-فایده
- ۵- تکرار مراحل فوق

تمایل به ترک / اعتماد به نفس ≥ 5

تمایل به ترک / اعتماد به نفس < 5

کمک به ترک سیگار:

کاهش مصرف برای ترک سیگار

مرحله ۱ (۰-۶ هفته): هدف کاهش تعداد سیگارهای هر روز (حداقل ۵۰٪). تعیین تاریخ جهت دستیابی به آن.

استفاده از آدامس جهت کنترل میل شدید به مصرف سیگار.
مرحله ۲ (۶ هفته تا ۶ ماه): کاهش مداوم مصرف سیگار با استفاده از آدامس. هدف ترک کامل تا قبل از ۶ ماه.

اگر سیگار کشیدن فرد سیگاری طی ۹ ماه متوقف نشد؛ باید با ارائه کنندگان مراقبت‌های سلامتی (HCP) مشورت کند.

مرحله ۳ (طی ۹ ماه): توقف کامل مصرف سیگار. استفاده از آدامس تا تسکین میل شدید.

مرحله ۴ (طی ۱۲ ماه): کاهش میزان آدامس مصرفی، سپس توقف کامل مصرف آدامس (طی ۳ ماه از ترک کامل سیگار)

قطع سریع سیگار

مشاوره حمایتی
پیگیری

مشاوره + / - دارودرمانی

اگر بیمار ≤ 10 سیگار در روز مصرف می کند، دارودرمانی را پیشنهاد نمائید.

اگر هیچ یک از این

اقدامات مؤثر نبود؛

به ارزیابی برگردید.





دارو درمانی خط اول



حالاتی مطالعاتی در درمان دارویی ترک سیگار

- اثربخشی و ایمنی برای زیرگروه‌های جمعیتی خاص و به طور کلی در درمان طولانی مدت ترک سیگار
- استفاده از درمان ترکیبی وابستگی به دخانیات به طور کلی و برای زیرگروه‌های جمعیتی خاص
- اثربخشی تجویز طولانی مدت داروها
- اثربخشی استفاده از درمان جایگزین نیکوتین قبل از ترک به منظور کاهش آسیب بر افزایش احتمال ترک
- استراتژی‌های مختلف در رفع تصورات نادرست در مورد اثربخشی داروهای ترک سیگار و موانع رایج استفاده مناسب از آنها
- اثربخشی مهار کننده مونوآمین اکسیداز در ترک سیگار، به ویژه برای مبتلایان به افسردگی



مداخلات اختصاصی ترک سیگار در جمعیت‌های خاص

جمعیت خاص: مداخلات ترک سیگار در بیمارستان‌ها

مقدمه

مطالعات مختلف در ایران شیوع مصرف سیگار در بیماران بستری را از ۲۶,۵٪ در بیماران ایسکمی قلب (۷۴) تا ۴۰٪ در بیماران ترومایی ذکر کرده‌اند (۲). همچنین طبق مطالعه دیگری شیوع سوء مصرف سیگار هم در بیماران اسکیزوفرنی و هم در بیماران دیگر روان‌پزشکی نسبت به جمعیت عمومی به طور چشمگیری بالاتر است (۷۵).

استعمال دخانیات به عنوان یک عامل منفی اثر قابل توجهی بر ریسک‌های همراه با بستری شدن دارد. اثر مفید ترک سیگار قبل از بستری بر میزان عوارض بعد از جراحی نشان داده شده است (۷۶). مداخلات ترک دخانیات در بیماران بستری سبب افزایش ترک تا میزان ۷۴٪ می‌شود (۷۷).

مداخلات دارویی به جز در مواردی که دارای ممنوعیت بالینی یا غیرمؤثر باشند (خانم‌های باردار، مصرف کنندگان دخانیات بدون دود، سیگاری‌های با وابستگی کم و نوجوانان)، برای جمعیت‌های مختلف سیگاری مؤثر شناخته شده است (۴۹).

بستری شدن در بیمارستان می‌تواند یک فرصت مناسب و ایده‌آل جهت ارائه خدمات و حمایت‌های ترک دخانیات باشد. به علاوه بیمارانی که به دلایل بیماری‌های مرتبط با سیگار بستری شده‌اند، از این خدمات استقبال بیشتری می‌کنند با توجه به ضرورت افزایش تعداد بیمارستان‌های بدون دخانیات، ارائه خدمات درمانی توقف مصرف نیکوتین و در دسترس بودن خدمات ترک بیش از گذشته حیاتی به نظر می‌رسد. (۶۶).

شیوع مصرف سیگار در بیمارستان‌های دارای خط‌مشی بدون دخانیات نشان داده که استعمال دخانیات در بیمارستان‌ها شایع است. ولع و وسوسه سیگار باعث افزایش سه برابری شانس استفاده در طول بستری و بعد از ترخیص می‌شود (۷۸). مداخلات ترک دخانیات که در طول بستری شروع شده و برای حداقل یک ماه بعد از ترخیص ادامه یابند، مؤثر بوده و با موفقیت همراه اند (۶۶).

تمامی برنامه‌های آگاه‌سازی در بیمارستان‌ها باید شامل آموزش مداخلات کوتاه مدت ترک استعمال دخانیات و همچنین اطلاعاتی در مورد درمان دارویی برای حمایت از بیماران سیگاری بستری باشد (۳۶).

سازمان‌ها و مسئولین سلامت باید ترک دخانیات را به عنوان یک جزء ضروری فعالیت‌های مراقبت سلامت در نظر گرفته و در این راستا فرصت‌های مختلف پیشرفت حرفه‌ای به منظور حمایت از پرستاران جهت ایجاد مهارت‌های مؤثر در زمینه مشاوره و مداخلات ترک سیگار را فراهم آورند. پرستاران در بیمارستان‌ها می‌توانند با توجه به جنسیت، قومیت و سن افراد مداخلات ترک دخانیات را انجام دهند (۳۶).

برنامه‌های ترک دخانیات جهت بکارگیری یک رویکرد سیستماتیک در شناسایی، درمان و پیگیری بیماران سیگاری بستری در محیط بیمارستان بازتابی از رویکرد پنج‌گانه [5A: (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange)] است. هدف در این رویکردها

افزایش تعداد بیمارانی است که بتوانند بعد از بستری دوران طولانی ترک را تجربه کنند (۷۹).



توصیه‌های ترک سیگار در بیمارستان‌ها

عنوان	شماره توصیه
تمام بیماران باید از خط‌مشی‌های بدون دخانیات بودن بیمارستان آگاه شوند.	«توصیه یک» رتبه: 1C
در صورت امکان، تمام بیماران انتخاب شده سیگاری باید به مراکزی جهت کمک به آنها به منظور ترک سیگار قبل از پذیرش در بیمارستان یا عمل جراحی هدایت شوند.	«توصیه دو» رتبه: 1B
تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که: الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛ ب) در طول بستری در بیمارستان، علائم ناشی از محرومیت از نیکوتین را کنترل کنند؛ پ) تلاش برای ترک طولانی مدت سیگار را در بیماران سیگاری ارتقاء دهند؛ ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.	«توصیه سه» رتبه: الف، پ، ت: 1A ب: 1C
در درمان دارویی ترک سیگار در بیماران بستری باید اهداف زیر در نظر گرفته شود: الف) کمک به بیماران جهت کنترل علائم محرومیت از نیکوتین در بیمارستان ب) استفاده از داروهای مناسب در بیمارستان و پس از ترخیص به منظور افزایش ترک طولانی مدت دخانیات	«توصیه چهار» رتبه: الف: 1C ب: 1B



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه: تمام بیماران باید از خط‌مشی‌های بدون دخانیات بیمارستان آگاه شوند.

شواهد:

- تمام بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دارای خط مشی بدون دخانیات باید در اولین فرصت از این موضوع آگاه شوند (۸۰).
- اگر تاریخ مشخصی برای شروع اجرای این خط‌مشی وجود دارد، باید به صورت وسیع در مورد آن تبلیغات شود و مواردی مانند شمارش معکوس تا زمان اجرا و علائم تبلیغاتی برای اطلاع از خط‌مشی‌های آینده بیمارستان جهت اطلاع بیماران در ورودی‌های بیمارستان قرار گیرد. پس از اطلاع‌رسانی از طریق تبلیغات بهتر است دلایل آن به صورت مختصر برای بیماران توضیح داده شود (۸۱).
- جهت گسترش یا حمایت از برنامه‌های ترک دخانیات در بیمارستان‌ها باید جلساتی در خصوص راهکارهای عملیاتی کردن این خط‌مشی‌ها تشکیل شود.

- براساس خط‌مشی‌های بیمارستان حالت های متفاوتی برای بیماران سیگاری برحسب شرایط وجود دارد:

- پذیرش اورژانس
- پذیرش الکتیو
- ترک سیگار به خاطر بستری شدن در بیمارستان
- تمایل به ترک در زمان بستری شدن

بیمارستان‌های دارای خط‌مشی بدون دخانیات باید برای هر مورد از موارد فوق برنامه مشخصی جهت ارائه مراقبت های ترک سیگار داشته باشد (۸۲).

ملاحظات بالینی:

خط‌مشی‌های بیمارستان

- ایجاد فرصت‌هایی جهت تبادل نظر در مورد یا اولویت‌بندی اجرای خط‌مشی‌های بدون دخانیات در محیط بیمارستان می‌تواند به تسریع استقرار و حمایت از برنامه‌های ترک سیگار کمک کند.
- تیم مدیریت بیمارستان و کارکنان باید تشویق شوند که از ترک سیگار در بیماران بستری حمایت نمایند.
- مداخلات ترک مصرف دخانیات باید برای کارکنان بیمارستان نیز در دسترس باشد.
- چالش‌هایی در زمینه تعیین پزشکان دارای توانایی یا دارای موقعیت مناسب مشارکت در ارائه مداخلات ترک سیگار وجود دارد. پیگیری منظم پزشکان و استفاده از راهنماهای بالینی می‌تواند در ایجاد سیستم‌ها و راه اندازی فرایندهای ترک سیگار در بیمارستان مبنا قرار گرفته شوند.
- به منظور حصول اطمینان و حفظ ظرفیت خدمات و برنامه های ترک سیگار، تخصیص مناسب منابع نکته مهمی محسوب می‌شود.



توصیه: تمام بیماران باید از خط‌مشی‌های بدون دخانیات بیمارستان آگاه شوند.

- براساس خط‌مشی‌های بیمارستان، ممکن است رویکردهای متفاوتی در مورد افراد سیگاری که به صورت اورژانسی پذیرش می‌شوند، در مقایسه با زمان قبل از پذیرش اتخاذ گردد. این مسأله در مورد بیمارانی که به خاطر بستری در بیمارستان اقدام به ترک سیگار می‌کنند، در مقابل بیمارانی که تمایل به ترک در زمان بستری شدن دارند نیز می‌تواند صادق باشد.
- خط‌مشی‌های بیمارستان ممکن است ترک مصرف دخانیات را از منظر کاهش عوارض و آسیب‌های درمان بیماران مورد توجه قرار دهد.



توصیه: در صورت امکان، تمام بیماران انتخابی سیگاری باید به مراکزی جهت کمک به آنها برای ترک سیگار قبل از پذیرش در بیمارستان یا عمل جراحی هدایت شوند.

شواهد:

- بیمارانی که برای جراحی الکتیو ارجاع شده یا در انتظار پذیرش هستند، باید جهت ترک سیگار قبل از جراحی یا پذیرش تشویق شوند (۸۳).

- تمام بیمارستان‌ها باید سیستمی برای کمک به ترک دخانیات در بیماران داشته باشند که معمولاً شامل ارائه توصیه‌هایی جهت ترک سیگار، تدارک خدمات تخصصی و ویژه در بیمارستان و یا مهیا کردن برنامه‌های درمانی ترک سیگار از طریق خدمات خارج از بیمارستان باشد (۸۴، ۸۵).

افزایش قابل توجه میزان ترک سیگار به دنبال انجام مداخله مناسب قبل از جراحی در مقایسه با گروه بدون مداخله وجود دارد. همچنین عوارض بعد از جراحی در گروه دریافت کننده مداخله‌ی ترک سیگار در مقایسه با گروه بدون مداخله بسیار کمتر است (۸۶).



توصیه: تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که:

الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛

ب) در طول بستری بیماران سیگاری در بیمارستان، علائم محرومیت از نیکوتین را کنترل نمایند؛

پ) تلاش برای ترک طولانی‌مدت سیگار را افزایش دهند؛

ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.

شواهد:

- مدل اوتاوا یکی از برنامه‌های موثر در ترک دخانیات در بیماران بستری است که شامل پنج مرحله است:

۱. شناسایی افراد سیگاری در بدو پذیرش

۲. ثبت وضعیت سیگار کشیدن در پرونده بیمار

۳. توصیه و حمایت‌های رفتاری جهت ترک دخانیات

۴. درمان دارویی در طول بستری

۵. ارائه خدمات پیگیری پس از ترخیص به تمام افرادی که تمایل به ترک دخانیات دارند

پیگیری خودکار با سیستم پاسخگوی صوتی (IVR (Inquiry Voice Record) انجام می‌شود و بیماران را تا شش ماه پیگیری می‌کند. هر بیماری که دارای مشکلات حین ترک باشد، با بیمارستان یا دانشگاه تماس گرفته و داده‌های این سیستم برای پایش عملکرد و بازخوردهایی جهت تضمین کیفیت و بهبود تأثیر برنامه کمک کننده است (۸۷).

- مداخلات مشاوره در طول بستری و پیگیری تا حداقل یک ماه پس از ترخیص باعث افزایش میزان ترک سیگار تا ۶۵٪ در طی شش ماه تا یکسال پس از ترخیص می‌شود (۶۶).

- به منظور افزایش میزان ترک ۶ ماهه، حداقل یک ماه پیگیری (۸۵) و ترجیحاً دو ماه (حتی به صورت تلفنی) (۳۱) توصیه می‌شود.

- اثر آموزش کلامی - تصویری در مقایسه با آموزش‌های روتین بر درمان وابستگی به نیکوتین در بیماران سیگاری پس از عمل بای‌پس عروق کرونر بیشتر است (۸۸).

- مراحل مداخلات ترک دخانیات در بیماران بستری: (۷۷, ۴۹)



توصیه: تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که:

الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛

ب) در طول بستری بیماران سیگاری در بیمارستان، علائم محرومیت از نیکوتین را کنترل نمایند؛

پ) تلاش برای ترک طولانی‌مدت سیگار را افزایش دهند؛

ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.

پنجگانه مداخله ترک دخانیات (5As)

۱. پرسش در مورد مصرف دخانیات: این پرسش می‌تواند در فرم علائم حیاتی در نظر گرفته شده و یا با علائم و بربرچسب‌های پوستی مشخصی بر پرونده بیمار وضعیت سیگاری بودن وی را مشخص کند.

۲. توصیه به ترک سیگار: باید شفاف و محکم بوده و بیمار را مخاطب قرار دهد. مثلاً: "من به عنوان پزشک باید مطلب مهمی را به شما اطلاع دهم، ترک سیگار مهمترین کاری است که برای بهبود وضعیت سلامتی خود می‌توانید انجام دهید."

۳. ارزیابی تمایل به ترک: در مورد تمایل بیمار برای ترک باید سؤال شود. در این مرحله بیماران به دو دسته تقسیم می‌شوند:*

✓ دارای تمایل به ترک

✓ فاقد تمایل به ترک

- استفاده از داروهای جایگزین نیکوتین در کنترل علائم محرومیت بیمارانی که فقط تمایل به کاهش این علائم دارند توصیه می‌شود، علاوه بر این باید جهت افزایش انگیزه بیماران جهت ترک دخانیات از تکنیک‌های اختصاصی استفاده کرد.

۴. کمک به بیمار جهت ترک: مشاوره و درمان دارویی

مشاوره باید شامل آماده‌سازی بیمار، جلب مشارکت و حمایت اطرافیان، کمک به بیمار جهت یادگیری مهارت‌های جدید رفتاری، درمان دارویی (ممکن است در بخش‌های مراقبت ویژه مناسب نباشد)، آماده کردن بیمار به منظور مواجهه با شرایط دشوار ترک باشد.

۵. پیگیری ترک در بیماران بستری باید یک هفته پس از ترخیص، یک و شش ماه بعد و سپس به صورت سالیانه صورت گیرد.



توصیه: تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که:

الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛

ب) در طول بستری بیماران سیگاری در بیمارستان، علائم محرومیت از نیکوتین را کنترل نمایند؛

پ) تلاش برای ترک طولانی‌مدت سیگار را افزایش دهند؛

ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.

پنجگانه توصیه جهت ایجاد تمایل به ترک (5Rs)

- توصیف ارتباط سیگار با وضعیت فعلی سلامتی بیمار، از طریق شرح تأثیرات سیگار بر سلامتی فرد و خانواده وی به دلیل در معرض دود سیگار بودن، هزینه‌های سیگار و فشارهای اجتماعی موجود بر افراد سیگاری
 - آگاه‌سازی در مورد خطرات سیگار: شرح اثرات کوتاه‌مدت، بلندمدت و تأثیرات بر دیگران (مانند افزایش سرطان ریه و بیماری قلبی در همسر، افزایش احتمال عفونت گوش در کودکان)
 - آگاه‌سازی در مورد مزایای ترک سیگار: شرح اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت
 - گفتگو با و پرسش از بیمار راجع به موانع ترک سیگار
 - تکرار مراحل در هر بار مواجهه با بیماران بدون انگیزه ی ترک
- ثبت مراحل فوق در پرونده بیماران توصیه می شود.

ملاحظات بالینی

مداخلات ترک سیگار در بیماران بستری

- کنترل علائم ترک نیکوتین در بیماران بستری باید از اقدامات به منظور ایجاد ترک طولانی مدت متمایز شود.
- مواردی مانند پیگیری‌های منظم، بازآموزی راهنماهای بالینی یا دستورالعمل‌های موجود در مورد ترک سیگار باید در محیط بیمارستان اجرا گردد.
- رویکردی نظام‌مند جهت شناسایی، درمان و پیگیری تمامی افراد سیگاری بستری در صورت امکان، باید مدنظر قرار گیرد. مدل اتاوا، نمونه‌ای از این رویکرد است.
- پرونده‌ها و برگه‌های ثبت علائم حیاتی بیماران باید حاوی داده‌های پیگیری روند ترک باشد (شاخص‌های عملکردی) تا بتوان مداخلات، درمان دارویی و پیگیری‌های بیماران را ارزیابی کرد.
- برنامه‌های پیگیری پس از ترخیص و ارجاع به ارائه‌دهندگان خدمات ترک سیگار و یا گروه‌های حمایتگر در جامعه، همچنین مشاوره‌های پس از ترخیص می‌توانند در تلاش برای ترک دائمی سیگار سودمند باشند.
- بر اساس شواهد موجود، مدت زمان لازم جهت پیگیری پس از ترخیص حداقل یک ماه است (۸۹) ولیکن پیگیری‌های مستمر با مدت طولانی‌تر ارجح است.



توصیه: تمام بیمارستان‌ها باید دارای سیستم‌های مناسبی باشند که:

الف) تمامی افراد سیگاری را شناسایی کنند؛

ب) در طول بستری بیماران سیگاری در بیمارستان، علائم محرومیت از نیکوتین را کنترل نمایند؛

پ) تلاش برای ترک طولانی‌مدت سیگار را افزایش دهند؛

ت) برای بیماران، حمایت‌های پیگیری ترک سیگار پس از ترخیص از بیمارستان فراهم سازند.

- جهت حصول اطمینان از تداوم درمان و پیگیری، تلاش‌ها باید معطوف به ایجاد ارتباط بین بیماران با ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامتی اولیه در حوزه ترک سیگار به محض ترخیص باشد.



توصیه: در درمان دارویی ترک سیگار در بیماران بستری باید اهداف زیر در نظر گرفته شود:

الف) کمک به بیماران جهت کنترل علائم محرومیت از نیکوتین در بیمارستان

ب) استفاده از داروهای مناسب در بیمارستان و پس از ترخیص به منظور افزایش ترک طولانی مدت دخانیات

شواهد:

- - درمان دارویی ترک سیگار باید همراه با مشاوره به بیماران بستری در بیمارستان ارائه شود (۶۶).
- - جلسات متعدد ویژه جهت حمایت، درمان دارویی و پیگیری به مدت حداقل یک ماه برای همه بیماران بستری سیگاری باید تنظیم شود (۶۶).
- - به بیمارانی که قرار است جراحی شوند باید توصیه مختصری جهت ترک سیگار ارائه شود و حمایت‌هایی مانند درمان جایگزین نیکوتین (NRT) قبل از جراحی جهت ترک سیگار در ایشان فراهم شود (۹۰).
- - درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در کوتاه مدت اثرات ارزشمندی در ترک سیگار در بیماران بستری خواهد داشت (۹۱).
- - داروها در کنترل علائم ترک در بیماران بستری شامل داروهای جایگزین نیکوتین (آدامس، چسب، قرص)، بوپروپیون و وانیکلین می‌باشند (۴۹).
- - درمان دارویی باید جزئی از مداخلات بیمارستانی ترک سیگار در مواردی که اندیکاسیون آن وجود دارد، همراه با مشاوره باشد (۴۹).
- - در بیماران بستری مصرف داروها با میزان کمتر از دوز پیشنهادی و یا قطع زود هنگام آنها باعث کاهش احتمال ترک می‌شود (۹۲، ۹۳).
- - ادامه درمان دارویی ترک سیگار در بیماران بستری سیگاری پس از درمان اولیه، مهم‌ترین عامل پیشگیری کننده از عود مصرف سیگار است (۹۴).
- - بستری در بیمارستان فرصت تجویز دارو جهت ترک سیگار را فراهم آورده، اگر بیماران تجربه مثبتی در مورد تخفیف علائم ناشی از ترک داشته باشند، احتمال استفاده از درمان‌های فشرده در آینده جهت ترک و پایبندی به برنامه های خودداری از استعمال دخانیات که در بیمارستان آغاز کرده‌اند، در ایشان بیشتر می‌شود (۴۹).
- - درمان جایگزین نیکوتین (NRT) به خصوص در مورد افراد سیگاری که قصد ترک سیگار ندارند، جهت کنترل علائم محرومیت نیکوتین در طول بستری توصیه می‌شود (۸۱).
- - درمان جایگزین نیکوتین (NRT) می‌تواند برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی ارائه شود؛ در مواردی که افراد در عرض دو هفته گذشته دچار حمله شدید قلبی عروقی (مانند انفارکتوس میوکارد یا سکته مغزی) شده‌اند یا دارای بیماری به خوبی کنترل نشده باشند، این درمان باید با مشورت پزشک معالج انجام شود. در این موارد محصولات خوراکی درمان جایگزین نیکوتین (NRT) نسبت به برچسب پوستی نیکوتین (Patch) ارجح اند (۹۵، ۹۶).



توصیه: در درمان دارویی ترک سیگار در بیماران بستری باید اهداف زیر در نظر گرفته شود:

الف) کمک به بیماران جهت کنترل علائم محرومیت از نیکوتین در بیمارستان

ب) استفاده از داروهای مناسب در بیمارستان و پس از ترخیص به منظور افزایش ترک طولانی مدت دخانیات

- مطالعات نشان داده که در افراد با بیماری قلبی عروقی پایدار، مزایای استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین در مقایسه با مضرات آن بیشتر است (۸۰، ۹۶).

- درمان دارویی باعث احساس راحتی بیمار و افزایش توانایی وی در پذیرش خط‌مشی بیمارستان شده و باعث ادامه ترک سیگار پس از ترخیص می‌شود (۷۸). استفاده از درمان جایگزین با نیکوتین (NRT) باعث افزایش میزان ترک شش ماهه در بیماران سیگاری بستری می‌شود (۶۶).

ملاحظات بالینی

درمان دارویی

- درمان دارویی می‌تواند در درمان ترک سیگار در دوران بستری در بیمارستان و همچنین جهت افزایش اثر مداخلات ترک سیگار در طولانی مدت تجویز شود.

سایر شواهد

- ترک سیگار باید به والدین و اعضاء خانواده کودکان بستری در بیمارستان توصیه شود و جهت کمک به آنها، حمایت لازم فراهم گردد.

- شروع درمان ترک سیگار در بیمارستان در بیماران عروق کرونری که به علل مرتبط با بیماری بستری شده‌اند، در مقایسه با درمان‌های خارج از بیمارستان مؤثرتر بوده و بهتر توسط بیماران تحمل می‌شود (۸۲).

- در کلیه بیماران بستری که دخانیات مصرف می‌کنند، باید توصیه مختصر در مورد ترک سیگار ارائه گردد (۸۸).



خلاءهای مطالعاتی در خصوص مداخلات ترک سیگار در بیمارستان‌ها

- اثر درمان‌های دارویی در موارد مراجعات اورژانسی بیماران سیگاری
- میزان اثربخشی مشاوره و داروها در مورد بیماران بستری
- میزان اثربخشی مداخلاتی که توسط پرسنل مختلف بیمارستان از جمله پرستاران و درمانگران بازتوانی ارائه می‌شود.
- رویکردهای اثربخش در پیشگیری از عود به محض ترخیص بیمار از بیمارستان
- ایمنی / خطر / فایده استفاده از درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در بیماران قبل از عمل جراحی
- تأثیر خط‌مشی‌های بیمارستان‌محور بر میزان ترک سیگار در پرسنل و بیماران



جمعیت خاص: مداخلات ترک سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی

مقدمه

احتمال سیگاری بودن افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی در مقایسه با جامعه ۲ الی ۴ برابر بیشتر است، وابستگی به نیکوتین معمولاً در ایشان شدیدتر بوده و روزانه تعداد نخ بیشتری سیگار مصرف می‌کنند و میزان موفقیت ترک در این افراد پایین‌تر است (۹۷، ۹۸).

میزان مصرف سیگار در افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف روانپزشکی متفاوت بوده و در مورد اختلالات دوقطبی ۷۰-۵۱٪، اختلالات افسردگی ماژور ۶۰-۴۰٪، اختلالات اضطرابی ۶۶-۸٪ گزارش شده است (۶۲). شیوع مصرف سیگار در افراد اسکیزوفرنی بسیار زیاد و از ۴۵ تا ۸۸ درصد گزارش شده است (۶۲).

افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی ممکن است به دلایل مختلف از جمله خوددرمانی اثرات بیماری، سیگار بکشند (۹۹). میزان بالای مصرف سیگار در میان افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی یا وابستگی به سایر مواد منجر به گسترش بیشتر عوارض و مرگ ناشی از مصرف سیگار در این گروه است (۱۰۰).

افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی یا وابستگی به سایر مواد که سیگار هم می‌کشند، علاوه بر این با چالش‌های اقتصادی و اجتماعی متعددی نیز مواجه هستند. مطالعات نشان داده‌اند که تا ۲۷٪ از درآمد این بیماران ممکن است، صرف محصولات دخانی شود (۱۰۱).

بر اساس شواهد مراجعه کنندگان مبتلا به اختلالات روانپزشکی علاقمند به ترک سیگار بوده (۱۰۲) و قادر به ترک موفق دخانیات به میزان‌های قابل توجهی هستند (۱۰۳). این بدان معنا است که مداخلات ترک مصرف دخانیات باید بخشی جدایی ناپذیر از نظام جامع ارائه مراقبت سلامت روان باشد.



توصیه‌های مربوط به ترک سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی

عنوان	شماره توصیه
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ی ترک سیگار برای افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی فراهم آورند.	«توصیه دو» رتبه: 1A
در طول مدت کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت سلامت روان بیماران یا مراجعه‌کنندگان را پایش نمایند. علاوه بر این دوز داروها افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید پایش شده و برحسب ضرورت تنظیم شود.	«توصیه سه» رتبه: 1A



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به مبتلا به اختلالات روان پزشکی را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.

شواهد:

- مشاوره کوتاه و مختصر باید جهت ترک سیگار در افراد سیگاری استفاده کننده از خدمات سلامت روان فراهم شود (۲۵).
- کلیه افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی، از جمله اختلالات مصرف مواد باید تحت درمان‌های ترک سیگار قرار گیرند و پزشکان باید دیدگاه‌های خود را در درمان اینگونه افراد ارتقاء دهند (۴۹).
- براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت از ۱/۱ میلیارد نفر فرد سیگاری در کل جهان، درصد مصرف سیگار در مردم عادی ۳۰٪ و در مبتلایان به اختلالات روان پزشکی ۹۰-۵۵٪ است (۱۰۴).
- تا ۷۴٪ از بیماران اسکیزوفرن سیگاری هستند و افراد سیگاری قهار بیشتر در بیماران اسکیزوفرن مزمن مشاهده می‌شوند (۱۰۵).
- افسردگی در افراد سیگاری ۲/۷۳ برابر و دیگر اختلالات سایکولوژیک در افراد سیگاری ۳/۷۱ برابر افراد غیر سیگاری است (۲).
- افرادی که اخیراً مبتلا به اختلالات روان پزشکی شده‌اند دارای خطر بالاتر برگشت به سیگار پس از ترک هستند (۱۰۶, ۱۰۷).
- بهترین زمان جهت ارائه درمان ترک سیگار به بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی مراحل اولیه از بیماری است که بیمار فاقد علائم شدید بیماری است (۱۰۸, ۱۰۹).

ملاحظات بالینی:

ارزیابی وضعیت مصرف سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی

- "ارزیابی مصرف سیگار" همان "شناسایی بیماران سیگاری" با توجه به شیوع مصرف دخانیات در میان افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی است.
- سؤال در مورد مصرف دخانیات باید جزء جدایی‌ناپذیر از ارزیابی سلامت روان و طبابت جاری در هر دو محیط بستری و سرپایی باشد.
- به علت بالا بودن شیوع همزمان اعتیاد و اختلالات روانپزشکی، تمام بیماران یا مراجعه کنندگان باید از نظر چالش‌های سلامت روان زمینه‌ای، غیرناتوان کننده و تشخیص داده نشده، ارزیابی شوند.
- ارزیابی مختصر و منظم از نظر تغییرات خلقی در تمامی مراجعان و بیماران توصیه می‌شود، چرا که این امر ممکن است بر نتایج ترک سیگار مؤثر بوده و همچنین یکی از علائم ترک ممکن است غم و اندوه حین از دست دادن هویت به عنوان یک فرد سیگاری و حتی بروز افسردگی باشد.
- ابزارهای مختلفی می‌توانند در این ارزیابی مختصر تغییرات خلقی مورد استفاده قرار گیرند. (پرسشنامه PHQ9 جهت غربالگری افراد از نظر اختلالات روانپزشکی-پیوست C)



توصیه:

ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ی ترک سیگار برای افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی فراهم آورند.

شواهد:

- میزان ترک در افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی یا مبتلا به وابستگی به مواد پائین است؛ لکن با وجود خطر مصرف مجدد سیگار، درمان ترک سیگار در این افراد می‌تواند مؤثر باشد (۴۹، ۱۱۰).

ملاحظات بالینی

ارائه درمان دارویی / مشاوره در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی

- لازم به ذکر است که هیچ درمان دارویی برای افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی منع نشده، مگر آنکه از نظر طبی منع مصرف داشته باشد.
- رویکردهای مشاوره همراه با درمان دارویی، موفقیت بیشتری نسبت به ارائه هر یک از روش‌های مشاوره یا درمان دارویی به تنهایی دارند.
- هوشیاری و آمادگی در مقابل عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان هنگام ترک سیگار به ویژه با مصرف بوپروپیون (۱۱۱) یا وانیکلین (۱۱۱) باید وجود داشته باشد.
- خودداری اجباری از مصرف دخانیات که هنگام پذیرش بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی سیگاری به مراکز سیگار ممنوع، رخ می‌دهد نیاز به کنترل با دوزهای کافی از Agonist را باید به همراه داشته باشد.
- گوشه‌گیری یا اضطراب در افرادی که در حال ترک سیگار هستند، به‌ویژه در مراکز مراقبت از موارد حاد باید شناسائی شده و مورد توجه قرار گیرد.
- ارائه دهندگان مراقبت سلامت که برای بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی فعالیت می‌کنند، نباید سیگار کشیدن را تبلیغ کرده، برای مراجعه کنندگان سیگار تهیه کنند یا با آنها سیگار بکشند.
- کارفرمایان مراقبان سلامت باید درمان ترک سیگار را به کارکنان سیگاری خود توصیه کنند.



توصیه:

در طول مدت کاهش یا ترک مصرف سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت سلامت روان بیماران یا مراجعه‌کنندگان را پایش نمایند. علاوه بر این دوز دارو ها باید پایش شده و برحسب ضرورت تنظیم شود.

شواهد:

- پزشکان باید سطح خونی دارو و اثرات داروهای درمان روانپزشکی در افراد سیگاری مبتلا به اختلالات روان پزشکی در حال تلاش برای ترک را دقیقاً پایش نمایند (۱۳).
- افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی و در حال ترک سیگار، درحالی که دارو برای بیماری خود مصرف می‌کنند، باید برای تعیین اینکه آیا کاهش دوز دارویی آنها ضروری است، مورد ارزیابی قرار گیرند (۹۵).
- ترک سیگار ممکن است عوارض جانبی برخی داروهای روانپزشکی را تشدید کند (۱۱۲).
- مراقبین سلامت جهت جلوگیری از مسمومیت احتمالی ناشی از افزایش سطح داروهای روانپزشکی در خون افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید مراجعین را در دوره ترک سیگار از نظر غلظت داروهای روانپزشکی در خون مورد بررسی قرار دهند. در این افراد ممکن است نیاز به تنظیم دوز دارویی وجود داشته باشد (۹۹).
- هنگام درمان وابستگی به دخانیات در تمام بیماران یا مراجعه‌کنندگان، پایش دقیق مقدار سیگار مصرف شده، درمان علائم ترک دخانیات، عوارض جانبی دارو و علائم روانپزشکی اهمیت ویژه دارد (۱۱۳).

ملاحظات بالینی

ارزیابی وضعیت داروها در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی

- باید توجه داشت که افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی که سیگاری هستند، ممکن است نیاز به دوزهای بیشتری از درمان جایگزین نیکوتین داشته باشند.
- استفاده از درمان دارویی ممکن است برای دوره طولانی‌تری برای افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی موردنیاز باشد.
- انعطاف‌پذیری در تاریخ ترک می‌تواند با نیازهای افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی متناسب باشد.
- اثرات متقابل مربوط به داروهای مورد استفاده برای درمان بیماری‌های همراه در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید ارزیابی شود.
- سطح کافئین در خون می‌تواند هنگام ترک سیگار به میزان قابل توجهی افزایش یابد، لذا مقدار مصرف کافئین در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید مورد بررسی قرار گیرد.
- چنانچه مراجعه‌کننده، داروی روانپزشکی (به ویژه Clozapine و Olanzapine) مصرف می‌کند که تحت تأثیر ترک سیگار قرار می‌گیرد، معمولاً به تنظیم دوز در جهت کاهش دوز دریافتی دارو نیاز است (۱۱۴).
- علائم روانپزشکی در مراجعه‌کنندگان باید در تمام مراحل فرایند ترک سیگار پایش شوند (۱۱۵).
- مراجعه‌کنندگان باید به زندگی در محیطی عاری از سیگار در جامعه تشویق شوند.

سایر ملاحظات بالینی

پیگیری

- مراجعه کنندگان مبتلا به اختلالات روان پزشکی باید توسط یک ارائه دهنده مراقبت سلامت در طول فرایند ترک سیگار پیگیری شوند.
- اگر مرکزی قادر به ارائه خدمات ترک سیگار نیست، ارجاع به مراکز مناسب (مبتنی بر جامعه، موجود در برنامه ارجاع، سایر اعضاء تیم درمان) جهت کنترل/ درمان و پیگیری می تواند مورد توجه قرار گیرد.
- پرسنل بخش بستری مراکز روانپزشکی باید از مراکز موجود در جامعه جهت حمایت از ترک سیگار آگاه بوده و وضعیت وابستگی به نیکوتین را در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی به ویژه در زمان ترخیص با توجه به شرایط محیط و جامعه مورد توجه قرار دهند.

محتوای آموزشی جهت ارائه دهندگان مراقبت سلامت

- پرسنل مراکز درمانی باید دانش و نگرش خود را در زمینه مشکلات سلامت روان و وابستگی به نیکوتین افزایش دهند تا به طور اثربخش درمان ترک سیگار را ارائه کرده و بار منفی مربوط به اختلالات روانپزشکی را مورد توجه قرار دهند.

سایر ملاحظات

- باتوجه به فرهنگ معمول در مراکز درمان اعتیاد که اغلب دارای پرسنل سیگاری می باشند و به موجب آن، رفتار سیگار کشیدن مراجعه کنندگان نیز ادامه خواهد یافت، این مراکز باید در خط مشی های خود، ممنوع بودن مصرف سیگار را مورد توجه قرار دهند. حداقل می توان محوطه های سیگار ممنوع در مرکز تعیین کرد.
- لازم است به تمامی پرسنل و ارائه دهندگان مراقبت سلامت در محیط مطب یا مراکز درمانی ترک سوء مصرف مواد، خدمات ترک سیگار ارائه شود.
- درمان دارویی و یا مشاوره "با زمان طولانی تر و تأثیرگذاری بیشتر"، به منابع مالی بیشتری نیاز دارد، لذا ارائه درمان های دارویی یارانه ای در مدت مناسب و با دوز کافی، به افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی جهت ترک سیگار و درمان بیماری جاری می تواند مفید باشد. به ویژه که اغلب این بیماران درآمد پایین تر و هزینه های نسبتاً بیشتری به دلیل مصرف دخانیات دارند.
- توصیه می شود هزینه های پرداخت از جیب در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی سیگاری جهت دستیابی به موفقیت بیشتر در نتایج مداخلات ترک سیگار محدود شود.



خلاءهای مطالعاتی در درمان ترک سیگار در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی

- تأثیر درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در کمک به ترک سیگار، با بالای دوز خارج از معمول و ترکیبی NRT در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی
- ایمنی و کارایی Varenicline در جمعیت بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی
- کارایی درمان دارویی رایگان در ترک سیگار در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی شامل افرادی که درحال حاضر داروی مربوط به اختلالات روانپزشکی را مصرف می کنند
- پایش از نظر پیامدهای مصرف طولانی مدت داروی ترک سیگار در مبتلایان به اختلالات روان پزشکی
- نیاز به تغییر در رویکردها یا مداخلات ترک سیگار با توجه به شدت و مرحله علائم بیماری در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی



جمعیت خاص: مداخلات ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

مقدمه

اختلالات روانی و مصرف مواد مخدر همراهی زیادی با مصرف سیگار دارند (۶۲). شیوع مصرف سیگار در افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی و مبتلا به سوء مصرف مواد، به طور متوسط دو برابر بیشتر از جمعیت عادی است و چنین افرادی معمولاً روزانه تعداد نخ بیشتری سیگار مصرف می‌کنند (۱۱۶). مصرف سیگار در سایر اختلالات سوء مصرف مواد از قبیل وابستگی به الکل، حشیش و تریاک متداول بوده و ممکن است با این اختلالات مرتبط باشد (۱۱۷). افراد سیگاری وابسته به سایر مواد مخدر وابستگی بیشتری به نیکوتین دارند و معمولاً در ترک سیگار در مقایسه با افراد سیگاری غیر وابسته به مواد مخدر با دشواری بیشتری مواجه می‌شوند (۱۱۸).

بیش از ۷۵٪ افراد وابسته به الکل و مواد در ابتدای دوره ترک و بهبودی، سیگار مصرف کرده و تمایل شدید به سیگار و وابستگی به نیکوتین دارند. میزان زیادی (بیش از ۸۰٪) از مصرف کنندگان کوکائین به طور همزمان سیگار مصرف کرده و بیشتر از ۸۰٪ بیماران وابسته به شبه تریاک ها، سیگار مصرف می‌کنند (۶۲).

بیشتر از سه چهارم از مراجعه کنندگان جهت درمان اختلالات مصرف مواد که سیگاری هستند، علاقمند به ترک سیگارند. بعلاوه این افراد توانایی ترک را نیز دارند.

۱۵-۱۰٪ ترک طولانی مدت در بیماران وابسته به الکل که دریافت کننده مشاوره و درمان دارویی بوده اند گزارش شده است. ترک سیگار در بیماران وابسته به متادون از ۹ تا ۳۳٪ موفق بوده است. ارائه درمان ترک دخانیات به دریافت کنندگان مراقبت‌های سوء مصرف مواد، اثرات سایر داروهای درمان سوء مصرف مواد را تهدید نمی‌کند و در واقع در بسیاری موارد پیامدهای سایر داروها را بهبود می‌بخشد (۵۹). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که درمان مصرف دخانیات در عمل به مراجعه کنندگان مبتلا به سوء مصرف مواد کمک می‌کند تا مشکلات الکل و سایر مواد را مورد توجه قرار دهند. ادغام درمان ترک دخانیات با جریان اصلی درمان سوء مصرف مواد بهترین اقدام است. ۷۰ تا ۸۰ درصد مراجعه کنندگان که درمان مشکلات سوء مصرف مواد و الکل را دریافت می‌کنند، خواهان ترک مصرف سیگار هستند (۱۱۹). در صورتی که قرار است مصرف دخانیات در طول معالجات سوء مصرف مواد مورد توجه قرار گیرد، ضروری است مراقبان سلامت و ارائه کنندگان خدمات درمانی رویه‌هایی جهت شناسایی و درگیر نمودن مراجعه کنندگان در فرایندهای ترک سیگار به کار گیرند (۱۲۰).



توصیه های مربوط به ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

شماره توصیه	عنوان
«توصیه یک» رتبه: 1A	ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.
«توصیه دو» رتبه: 1A	ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.
«توصیه سه» رتبه: 1A	در زمان کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید علائم مرتبط با سوء مصرف مواد را در بیماران یا مراجعه کنندگان پیش کنند. در این افراد دوز داروهای کنترل سوء مصرف مواد نیز باید پیش شود و برحسب ضرورت تنظیم گردد.



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه:

ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.

شواهد:

- درمان وابستگی به دخانیات مانع بهبود بیماران از سوء مصرف مواد دیگر نمی‌شود (۲۳).
- به طور کلی شواهدی وجود دارد که مداخلات ترک سیگار می‌تواند در افزایش میزان ترک کوتاه مدت در افراد دارای اختلالات مصرف مواد مخدر اثربخش باشد (۲۵).
- مسئولین سلامت عمومی باید از تأمین خدمات ترک سیگار در درمان سوء مصرف مواد حمایت کنند (۱۲۱).
- مراکز درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ممکن است نیاز به ظرفیت‌سازی در حیطه‌های مختلف جهت ارائه مراقبت ترک سیگار داشته باشند (۵۹).
- مداخلات در این مراکز شامل شناسایی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد سیگاری در هر مراجعه (Ask) و ارزیابی تمایل به ترک سیگار (Assess) و توصیه‌های درمان وابستگی به نیکوتین در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد (۵۹, ۶۲).
- درمان وابستگی به نیکوتین در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بسیار حائز اهمیت است. بیماران مبتلا به وابستگی به الکل باید درمان ترک سیگار توصیه شده به افراد عادی را دریافت نمایند (۱۱۶).
- میزان ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در زمان بهبودی در مقابل درمان کنونی سوء مصرف مواد بیشتر است (۱۲۲).
- به رغم تردید در مورد برنامه‌های درمان ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک سیگار تأثیر منفی بر پیامدهای مصرف مواد ندارد (۱۲۳).
- ترک سیگار در خلال درمان سوء مصرف مواد به پیامد مشکل سوء مصرف مواد لطمه نمی‌زند و همچنین ترک سیگار در واقع ممکن است موفقیت نتایج ترک سوء مصرف مواد را افزایش دهد (۱۲۴).
- تاکنون مداخلاتی که در میان افراد تحت درمان متادون با هدف اجتناب مداوم از سیگار انجام شده، به میزان زیادی ناموفق بوده‌اند. با این حال، درمان ترک سیگار، مصرف مواد را تشدید نمی‌کند (۱۲۵).
- شواهد بسیار اندکی وجود دارد که ممکن است مداخلات وابستگی به دخانیات در بهبودی از وابستگی مواد غیردخانی در میان بیماران در حال درمان برای چنین وابستگی‌هایی تداخل ایجاد کند (۲۳).
- شواهد مشخصی در مورد این توصیه که وابستگی به دخانیات و اختلالات سوء مصرف مواد باید بطور همزمان درمان شوند یا به طور متوالی وجود ندارند (۱۲۱, ۱۲۶).
- برخی پژوهشگران و پزشکان این فرضیه را مطرح ساخته‌اند که ملزم کردن افراد برای اجتناب از دخانیات در طول درمان اختلالات سوء مصرف مواد ممکن است آنها را از پیگیری و تکمیل خدمات موردنیاز، دلسرد کند (۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۷).

توصیه:

ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را از نظر مصرف دخانیات ارزیابی کنند.

- سؤالات در مورد بهترین شیوه درمان وقوع همزمان وابستگی به الکل و دخانیات به قوت خود باقی است؛ برخی برنامه‌ها ابتدا وابستگی به الکل را هدف قرار می‌دهند و سپس به وابستگی به دخانیات می‌پردازند، درحالی‌که برنامه‌های دیگر بر اجتناب از سیگار و الکل به طور همزمان تأکید می‌کند. درمان اثربخش بستگی به درک بهتر از نحوه تأثیر متقابل این مواد و وابستگی به آنها دارد (۱۲۱، ۱۲۸).

- درمان ترک سیگار در افراد سیگاری در بسیاری از مراکز درمانی اختلالات سوء مصرف مواد ارائه نشده و اغلب این بیماران به علت نگرانی در مورد دشواری درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر مختلف، از تلاش برای ترک سیگار دلسرد می‌شوند (۱۱۶، ۱۲۲، ۱۲۹).

مطالعات اخیر آن دسته از توصیه‌های موجود را تأیید می‌کند که مطابق با آنها افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و الکل باید درمان ترک سیگار توصیه شده به مردم عادی را دریافت نمایند (۶۰، ۱۱۶، ۱۳۰).

ملاحظات بالینی:

ارزیابی وضعیت مصرف سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

- "ارزیابی مصرف سیگار" همان "شناسایی بیماران سیگاری" با توجه به شیوع مصرف دخانیات در میان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است.
- واژه وابستگی به مواد، به موادی غیر از نیکوتین اشاره دارد.
- سؤال در مورد مصرف دخانیات باید بخش جدایی‌ناپذیر از غربالگری افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و طبابت رایج این افراد در هر دو محیط بستری و سرپایی باشد.
- به علت بالا بودن شیوع همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی، تمام بیماران یا مراجعه‌کنندگان باید از نظر اختلالات سلامت روان زمینه‌ای، غیرناتوان‌کننده و تشخیص داده نشده، ارزیابی شوند.
- انجام ارزیابی مختصر و منظم از نظر تغییرات خلق در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ترغیب می‌گردد، چرا که این وضعیت ممکن است بر ترک سیگار مؤثر باشد و می‌تواند بخشی از عوارض ترک، غم و اندوه حین از دست دادن هویت به عنوان یک فرد سیگاری، یا بروز اختلال افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باشد.



توصیه:

ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.

شواهد:

- درمان وابستگی به دخانیات باید در اختیار تمامی افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد، قرار گیرد (۲۳).
- شواهد نشان می‌دهد که مداخلات ترک دخانیات شامل مشاوره و نیز درمان دارویی، در ترک سیگار افراد دریافت‌کننده درمان وابستگی به مواد، اثربخش است (۲۳).
- استفاده‌کنندگان از خدمات ترک سوء مصرف مواد باید به خدمات ترک سیگار شامل معالجات دارویی و حمایتی چند جلسه‌ای به صورت توأم دسترسی داشته باشند (۲۵).
- مشاوره کوتاه ترک سیگار باید به تمامی افراد سیگاری دریافت‌کننده خدمات ترک سوء مصرف مواد ارائه شود.
- ✓ مداخلات ترک سیگار براساس ABC شامل موارد زیر است: سؤال در مورد وضعیت سیگار کشیدن (Ask)، توصیه مختصر در مورد ترک سیگار (Brief advise)، و حمایت ترک سیگار (Cessation support) شامل حمایت تلفنی، حمایت فردی و درمان دارویی (۲۵، ۹۵).
- توصیه شود که به افراد سیگاری دارای وابستگی به مواد جهت کمک به ترک سیگار هر دو درمان دارویی و مشاوره ارائه شود (۵۹).
- مداخلات ترک سیگار در تمام محیط‌های مراقبت سلامت از جمله مراکز درمان اختلالات سوء مصرف مواد توصیه می‌شود، (۶۱) این مداخلات همواره باید شامل مداخلات مختصر (شناسایی و درگیر شدن) و درمان (درمان وابستگی به نیکوتین) از طریق مشاوره و درمان دارویی (درمان جایگزین نیکوتین، Bupropion, Varenicline) باشد (۶۰).
- رویکردهای زیر نیز در ترک سیگار توسط مبتلایان به اختلالات سوء مصرف مواد توصیه می‌شود:
- درمان سوء مصرف مواد با استفاده از داروهایی که ممکن است به ترک سیگار نیز کمک نمایند (مثال: Naltrexone برای افراد الکلی)
- درمان دارویی ترکیبی ترک سیگار در مواردی که درمان مراجعه‌کنندگان با یک دارو موفقیت‌آمیز نیست (۲۳، ۵۹).
- مداخلات ویژه ترک سیگار شامل رویکردهای تخصصی حمایت رفتاری، درمان دارویی ترکیبی و کنترل روحیه در کمک به ترک موفق در افراد دارای اختلالات سوء مصرف مواد موردنیاز است (۱۳۱).
- رایجترین مدل‌های درمانی ترک دخانیات، معمولاً درمان توأم رفتاری شناختی با داروهای ترک سیگار از قبیل درمان‌های جایگزین نیکوتین (NRT) است. رویکردهای تقویت انگیزه نیز در افزایش احتمال موفقیت در ترک مؤثر هستند (۱۱۹).



ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.

- تمرکز درمان ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب بر آموزش، مشاوره فعال، مشاوره حمایتی، و تغییر در عوامل محیطی و بیرونی مرتبط با مراجعه کنندگان باشد (۱۱۹).

- مشورت و گفتگو با سایر افراد در حال بهبود از وابستگی به مواد که سیگار را ترک کرده‌اند، راهکار سودمندی برای موفقیت افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در اجتناب از سیگار است (۱۳۲).

- معالجات اثربخش ترک سیگار در اختلالات مصرف مواد (SUD) ممکن است به توانایی آنها در هدف قرار دادن جنبه‌های پاتوفیزیولوژی اختلال اولیه منجر به وابستگی در ایشان مرتبط باشد (۶۲).

- توصیه‌هایی مختلف درمان وابستگی به نیکوتین در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد عبارتند از: (۶۲).

- تمرکز بر ایجاد انگیزه در افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد جهت ترک و آموزش مهارت‌های ترک سیگار به فرد سیگاری از طریق مشاوره (مانند مداخلات انگیزشی، کنترل محرک‌ها و مهارت‌های پیشگیری از عود) (Assist)
- استفاده از درمان ترکیبی (مانند: NRT همراه با Sustained-Release Bupropion) در موارد علاج‌ناپذیر وابستگی به دخانیات

- ابتدا درمان تهاجمی اختلالات مصرف مواد، سپس درمان وابستگی به نیکوتین (درمان پیاپی)

- استفاده از درمان‌های دارویی که اختلالات سوء مصرف مواد را هدف قرار می‌دهند، که خود عامل مصرف سیگار در این افراد می‌باشد (مثال، داروی ضد روان‌پریشی غیرمعمول در اسکیزوفرنی، ضد افسردگی در افسردگی شدید، Naltrexone در اعتیاد به الکل) (۶۲).

- **Bupropion** به عنوان تنها داروی ضدافسردگی است که جهت درمان وابستگی به نیکوتین مورد تأیید قرار گرفته است و با آنکه اثربخشی این دارو در درمان همزمان وابستگی به الکل به اثبات نرسیده (۶۳، ۱۲۸) می‌تواند به ترک سیگار در افراد سیگاری با سابقه وابستگی به الکل یا افسردگی شدید کمک کند (۶۳).

- هوشیاری و آمادگی در مقابل عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان هنگام ترک سیگار به ویژه با مصرف **Bupropion SR** یا **Varenicline** باید وجود داشته باشد. **Bupropion** باید در بیماران مواجه با خطر حمله تشنج (مانند افراد الکلی) به ویژه در درمان‌های دارویی همزمان با احتیاط بسیار زیادی به کار رود (۱۳۳).

- به منظور کاهش خطر حمله تشنج، **Bupropion** در افرادی که الکل زیادی نوشیده یا درحال مصرف داروهای **Benzodiazepine** (از قبیل **Alprazolam**، **Lorazepam** و غیره) می‌باشند، نباید تجویز شده و باید بلافاصله قطع شود.

توصیه:

ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.

- اگر چه شواهد قطعی در اثبات اثر درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در کاهش مصرف الکل وجود ندارد، اما این دارو می‌تواند جزء درمانی مهمی در بیمارانی باشد که الکل و دخانیات را جهت خوددرمانی در رفع اختلالات خلقی مصرف می‌کنند (۱۲۸).
- Topiramate که یک داروی ضد تشنج است. در سطح مصرف روزانه ۳۰۰ میلی‌گرم احتمال اجتناب از مصرف الکل و دخانیات را افزایش می‌دهد اگرچه تأثیری بر خلق افراد ندارد (۱۲۸، ۱۳۴).
- ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌تواند منجر به عود اختلال مصرف مواد در اقلیتی از مراجعه‌کنندگان شود. این امر نباید به عنوان دلیلی جهت عدم ترغیب ترک سیگار در مراجعه‌کنندگان تصور شود، بلکه باید مبنایی جهت پیگیری دقیق و ارائه خدمات حمایتی کامل به بیماران باشد (۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷).

ملاحظات بالینی

ارائه درمان دارویی / مشاوره در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

- لازم به ذکر است که هیچ درمان دارویی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد منع نشده، مگر آن که از لحاظ پزشکی منع مصرف داشته باشد.
- رویکردهای مشاوره همراه با درمان دارویی به میزان موفقیت بیشتری نسبت به ارائه هر یک از روش‌های مشاوره یا درمان دارویی به تنهایی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد منتج می‌گردد.
- توجه به کنترل علائم ترک نیکوتین با استفاده از دوزهای کافی از Agonist در بیماران بستری در مراکز سیگار ممنوع، ضروری است.
- گوشه‌گیری و اضطراب در افراد امتناع‌کننده از مصرف سیگار به ویژه در مراکز مراقبت از موارد حاد باید تشخیص داده شود و مورد توجه قرار گیرد.
- وابستگی به دخانیات مانند سوء مصرف مواد یک بیماری مزمن بوده و به جای مراقبت کوتاه مدت، نیاز به مراقبت مداوم دارد. وابستگی به نیکوتین نیز نمونه‌ای از وابستگی به مواد است که هم منجر به وابستگی فیزیکی همراه با علائم گوشه‌گیری هنگام ترک شده و هم یک ماده روان‌گردان بوده که منجر به وابستگی ذهنی می‌شود. نیکوتین نیز ایجاد تحمل در فرد را موجب می‌شود (۱۳۷).
- فراهم آوردن اطلاعات برای بیماران (از قبیل علائم ترک نیکوتین و اثرات سلامتی قطع مصرف سیگار)، کمک به آنها در تشخیص موقعیت‌های دارای خطر عود مصرف دخانیات (مانند پس از صرف غذا، اول صبح، نوشیدن قهوه، در اتومبیل، در طول تغییر فعالیت‌ها، هم‌زمان با مصرف سایر مواد) و افزایش مهارت‌های مواجهه با شرایط با خطر مصرف مجدد، در ترک موفق سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مهم است (۱۳۷).



توصیه:

ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید درمان دارویی و مشاوره‌ای را برای افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد فراهم نمایند.

- ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت که جهت ارائه مراقبت به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد فعالیت می‌کنند نباید سیگار کشیدن را تبلیغ کنند، برای مراجعه کنندگان سیگار فراهم کنند یا با آنها سیگار بکشند.
- کارفرمایان متخصصین مراقبت سلامت افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باید درمان ترک سیگار را به کارکنان سیگاری خود توصیه نمایند.



توصیه:

در زمان کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید علائم مرتبط با سوء مصرف موارد را در بیماران یا مراجعه کنندگان مبتلا به سوء مصرف مواد پایش کنند. در این افراد دوز داروها نیز باید پایش شود و برحسب ضرورت تنظیم گردد.

شواهد:

- پزشکان باید سطح و اثرات داروهای اصلی ترک سوء مصرف مواد را در افراد سیگاری درحال تلاش برای ترک همزمان سیگار دقیقاً پایش نمایند (۲۳).

- افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در حال ترک سیگار، درحالی که دارو برای سوء مصرف مواد خود مصرف می‌کنند، باید برای تعیین اینکه آیا کاهش دوز دارویی آنها ضروری است، مورد پایش قرار گیرند (۹۵).

- با توجه به اینکه داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای و بوپروپیون ممکن است در درمان کوکائین و سایر وابستگی‌ها به مواد محرک، کارایی داشته باشند، استفاده کنترل شده از این داروها جهت ترک سیگار در جمعیت‌های دارای اختلالات سوء مصرف مواد مجاز است (۶۲).

ملاحظات بالینی

پایش

- باید توجه داشت که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که سیگار هم می‌کشند، ممکن است نیاز به دوزهای بیشتری از درمان جایگزین نیکوتین جهت ترک سیگار و کنترل علائم ترک داشته باشند.
- استفاده از درمان دارویی ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ممکن است برای دوره طولانی‌تری مورد نیاز باشد.
- انعطاف‌پذیری در تعیین تاریخ ترک سیگار باید متناسب با شرایط افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد در نظر گرفته شود.
- اثرات متقابل مربوط به داروهای مورد استفاده در درمان سوء مصرف مواد با داروهای ترک دخانیات باید در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در نظر گرفته شود.
- سطح کافئین می‌تواند هنگام ترک سیگار به میزان قابل توجهی افزایش یابد، مقدار مصرف کافئین در افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد که درمان ترک سیگار دریافت کرده‌اند باید مورد بررسی قرار گیرد.
- افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که داروهای خاص به ویژه Clozapine و Olanzapine مصرف می‌کنند که دوز آنها تحت تأثیر ترک سیگار قرار می‌گیرد، معمولاً در هنگام ترک سیگار نیاز به تنظیم دوز دارو در جهت کاهش، نیاز دارند.
- مسمومیت با Clozapine در شروع درمان ترک دخانیات در بیماران تحت درمان با این دارو مشاهده شده لذا توصیه می‌شود سطح پلاسمایی دارو پیش از آغاز ترک سیگار اندازه‌گیری شده و دوز تجویز دارو در مورد Clozapine، Olanzapine و



توصیه:

در زمان کاهش یا ترک مصرف سیگار، ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید علائم مرتبط با سوء مصرف موارد را در بیماران یا مراجعه کنندگان مبتلا به سوء مصرف مواد پایش کنند. در این افراد دوز داروها نیز باید پایش شود و برحسب ضرورت تنظیم گردد.

Fluphenazine به تدریج تا ۷۵٪ در طول هفته دوم درمان کاهش یابد و یک هفته پس از ترک سیگار، سطح پلاسمایی داروها مجدداً اندازه گیری شود.

- دوز دارو در مورد **Benzodiazepine** ها، تا حدود ۲۵٪ در هفته اول و در مورد داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای از ۱۰ تا ۲۵ درصد در طول هفته اول از ترک سیگار ممکن است نیاز به کاهش داشته باشد لذا در مورد این داروها کاهش دوز ممکن است مورد نیاز باشد (۱۳۸).

- علائم روانپزشکی در افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد در تمام مراحل فرایند ترک سیگار باید پایش شود.

- به منظور حصول اطمینان از تمایل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مصرف کننده دخانیات به تلاش جهت ترک سیگار با استفاده از یک برنامه درمانی کامل باید ارزیابی‌های لازم انجام شود.

- در مشاوره ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد عوامل مهمی چون سطح استرس، وجود علائم روانی، محرک‌های تنش‌زا (Stressors)، سایر مواد همراه باید ارزیابی شوند، در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که در حال تلاش جهت ترک سیگار هستند باید افسردگی و دیگر علائم روانی در هر ویزیت ارزیابی و پایش شوند (۱۱۹).

- افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باید برای زندگی در محیطی عاری از سیگار در جامعه تشویق شوند.



سایر ملاحظات بالینی

پیگیری ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

- افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باید از سوی یک ارائه دهنده مراقبت سلامت در طول فرایند ترک سیگار پیگیری شوند.
- اگر مرکزی قادر به ارائه خدمات ترک سیگار به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نیست، ارجاع به مراکز مناسب در جامعه، بر اساس نظام ارجاع موجود در نظام سلامت و یا به سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمات جهت کنترل/ درمان و پیگیری ترک سیگار می تواند مورد توجه قرار گیرد.
- پرسنل بخش مراقبت های بستری ارائه کننده خدمات به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باید از منابع موجود در جامعه در حمایت از ترک سیگار آگاه باشند و توصیه به استفاده از مراقبت های درمان وابستگی به نیکوتین را در هنگام ترخیص بیماران مد نظر قرار دهند.

منابع اطلاعاتی لازم جهت ارائه دهندگان مراقبت سلامت به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

- پرسنل مراکز درمانی باید دانش و نگرش خود را در زمینه مشکلات سوء مصرف مواد و وابستگی به نیکوتین افزایش دهند تا به طور اثربخش درمان ترک سیگار را به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد عرضه نموده و به جنبه های منفی موجود در سوء مصرف مواد هنگام ارائه مراقبت های ترک سیگار در بیماران توجه کنند.

سایر ملاحظات

- باتوجه به فرهنگ موجود در مراکز درمان سوء مصرف مواد که پرسنل آنها اغلب سیگاری بوده و به موجب آن، رفتار سیگار کشیدن در مراجعه کنندگان می تواند ادامه یابد، این مراکز باید در خط مشی های خود، به سیگار کشیدن در پرسنل توجه ویژه داشته و حداقل از طریق ایجاد محوطه های سیگار ممنوع در فضاهای ممکن این فرهنگ را اصلاح کنند.
- لازم است به تمامی پرسنل و ارائه دهندگان مراقبت سلامت به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در هر مرکز درمانی، درمان ترک سیگار ارائه شود.
- منابع مالی بیشتری در ارائه مراقبت های درمان دارویی و یا مشاوره "طولانی تر و تأثیرگذارتر" ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نیاز هستند. افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، به علت درآمد در اختیار پایین تر و هزینه بیشتر مصرف دخانیات، ممکن است به طور خاص از درمان دارویی یارانه ای ترک سیگار در مدت مناسب و با دوز کافی منتفع شوند.
- مناسب است هزینه های نقدی پرداخت از جیب بیماران در افراد سیگاری مبتلا به سوء مصرف مواد به منظور کسب موفقیت بهتر در نتایج ترک، محدود گردد.



خلاءهای مطالعاتی در مورد مداخلات ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

- اثربخشی درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در کمک به کاهش ترک سیگار با دوزهای خارج از معمول و اثربخشی درمان های ترکیبی NRT در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد
- ایمنی و کارایی Varenicline در ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد
- کارایی درمان دارویی رایگان ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که همزمان به ترک سوء مصرف مواد مبادرت ورزیده اند
- پایش پیامدهای مصرف طولانی مدت داروهای ترک سیگار در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد
- بررسی ضرورت اتخاذ رویکردها یا مداخلات متفاوت در ترک سیگار بر حسب شدت وابستگی به مواد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد
- مقایسه کارایی و ایمنی ترک دخانیات به صورت همزمان یا متوالی در محیطهای درمان سوء مصرف مواد



جمعیت خاص: مداخلات ترک سیگار در زنان باردار و شیرده

مقدمه

میزان مصرف سیگار در زنان باردار در مطالعات داخل کشور در حد ۷ در هزار برآورد شده است (۱۳۹). در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴، بر روی زنان باردار تهرانی میزان مصرف سیگار ۰/۷ درصد بدست آمد (۱۳۹).

مطالعات انجام شده در داخل کشور عوارض وزن کم تولد، قد و دور سر پایین (۱۴۰، ۱۴۱)، خطر تولد زودرس، احتمال بالای کم خونی مادر (۱۴۰)، کاهش طول مدت شیردهی (۱۴۲) و افزایش خطر بروز سرطان (۱۳۹) را در مورد مصرف سیگار در زنان باردار نشان داده است.

ترک سیگار در مراحل ابتدایی بارداری منافع زیادی برای مادر و جنین دارد، اما ترک سیگار در هر مرحله‌ای از بارداری دارای مزیت است. بنابراین پزشکان باید در اولین ویزیت پیش از تولد و همچنین در طول بارداری، مداخلات مؤثر برای ترک سیگار را در مادران سیگاری توصیه کنند (۴۹).

مصرف سیگار در طول دوران بارداری و شیردهی با عوارض منفی متعددی در مادران، جنین، کودک و نوجوان مرتبط است (۱۴۳، ۱۴۴). مهمترین عوارض و اثرات منفی سیگار در دوران بارداری و شیردهی در جدول ذیل ارائه شده است.



<ul style="list-style-type: none"> • افزایش زمان انتظار باروری (خانم و آقا) • بارداری خارج از رحمی • سقط خودبه‌خودی • زایمان زودرس • پارگی زودرس پرده های جنینی • مشکلات جفت (سراهی، جدا شدگی) • محدودیت رشد 	عوارض بارداری
<ul style="list-style-type: none"> • وزن تولد پایین (تقریباً ۲۰۰ گرم کمتر) • افزایش مرگ حول و حوش زایمان • افزایش بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) • سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS) • کاهش میزان شیر مادر و کوتاه بودن مدت زمان تغذیه با شیر مادر 	اثرات نوزادی
<ul style="list-style-type: none"> • بیماریهای تنفسی در دوران کودکی (آسم، پنومونی، برونشیت) • سایر مشکلات دوران کودکی (عفونت گوش) • مشکلات یادگیری (خواندن، ریاضیات، توانایی عمومی) • مشکلات رفتاری • اختلال بیش فعالی با نقص توجه (ADHD) 	اثرات طولانی مدت

جدول عوارض مصرف سیگار در دوران بارداری بر مادر و جنین



توصیه‌های ترک سیگار در زنان باردار و شیرده

عنوان	شماره توصیه
تمام خانم‌های سیگاری در دوران بارداری، پس از زایمان و شیردهی باید تشویق به ترک سیگار شوند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
مشاوره تخصصی ترک سیگار به عنوان درمان خط اول در دوران بارداری و شیردهی توصیه می‌گردد.	«توصیه دو» رتبه: 1A
در مواردی که مشاوره بی‌تأثیر باشد، پس از تحلیل خطر-فایده، درمان‌های جایگزین نیکوتین قابل تجویز است. دوزهای متناوب با درمان‌های جایگزین نیکوتین (مثل آبنبات مکیدنی و آدامس) نسبت به دوزهای مداوم (برچسب پوستی (Patch)) ارجح است.	«توصیه سه» رتبه: 1C
به همسران، دوستان و اعضاء خانواده زنان باردار و شیرده نیز باید مداخلات ترک سیگار پیشنهاد شود.	«توصیه چهار» رتبه: 2B
خانم‌های باردار و شیرده باید برای داشتن محیط خانه‌ای عاری از دود تشویق شوند، تا از مواجهه غیر مستقیم با دود سیگار در امان باشند.	«توصیه پنج» رتبه: 1B



جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه: تمام خانم‌های سیگاری در دوران بارداری، پس از زایمان و شیردهی باید تشویق به ترک سیگار شوند.

شواهد:

- تمام کارکنان مراقبت سلامت باید به زنان باردار و شیرده سیگاری، توصیه به ترک دخانیات کنند (۱۴۵).
- نه تنها مادران در دوران بارداری باید تشویق به ترک سیگار شوند، بلکه تمام زنان در سنین باروری نیز باید از مصرف سیگار و حضور در محیط آلوده به سیگار پرهیز کنند (۱۴۶).

ملاحظات بالینی:

- چالش‌هایی در شناسایی افراد به دلیل وجهه بد سیگاری بودن در طول بارداری وجود دارد.
- مداخلات ترک سیگار شامل طیف کامل مراقبت‌ها، باید از ویزیت قبل از بارداری حداقل تا یک سال بعد از زایمان در نظر گرفته شوند.



توصیه:

مشاوره تخصصی ترک سیگار به عنوان درمان خط اول در دوران بارداری و شیردهی توصیه می‌گردد.

شواهد:

- در طول دوران بارداری، مشاوره ترک سیگار به عنوان درمان خط اول توصیه می‌شود (۱۴۷).
- به دلیل خطرات جدی سیگار برای زنان باردار و جنین، در صورت امکان باید مداخلات روانی-اجتماعی-فردی ارائه شود که جامع‌تر از توصیه‌های مختصر ترغیب به ترک دخانیات است (۴۹).
- در تمام زنان سیگاری باردار و شیرده، مداخلات رفتاری و چندجلسه‌ای ترک سیگار توسط یک متخصص/یا بخش خدمات تخصصی ترک سیگار باید پیشنهاد شود (۴۹).
- ماماها و پرستاران نیز در صورت امکان باید به زنان باردار و بعد از زایمان، مداخلات جدی و مؤثر ترک سیگار ارائه دهند (۳۶).
- ویزیت در منزل مادران بعد از زایمان، نقش مهمی در ارزیابی وضعیت استرس، افسردگی و ضرب و شتم آنها داشته و به اندازه مداخلات دیگر در موفقیت ترک سیگار مهم و ارزشمند است (۱۴۸).

ملاحظات بالینی:

- مشاوره‌های ترک سیگار و مراقبت از مادران باردار سیگاری می‌تواند توسط پزشکان، متخصصان مراقبت سلامت مربوطه (مثل مددکار اجتماعی، داروساز، نمایندگان سلامت جامعه)، ماماها، افراد درگیر در آموزش و توانمندسازی مادران، مشاورین قبل از تولد، حامیان بعد از زایمان، ویزیت کنندگان در منزل و سایر افراد اجرا شود.



توصیه:

در مواردی که مشاوره بی تأثیر باشد، بعد از تحلیل خطر-فایده، در مان های جایگزین نیکوتین قابل تجویز است. دوزهای متناوب با درمان های جایگزین نیکوتین (مثل آبنبات مکیدنی و آدامس) نسبت به دوزهای مداوم (داروهای چسبی (Patch)) ارجح است.

شواهد:

- ارتباط بالقوه ای بین درمان جایگزین نیکوتین (NRT) با نقص های مادرزادی نشان داده شده است. ارتباط بین مصرف NRT در سه ماه اول بارداری و افزایش خطر نقص های مادرزادی، قابل تأیید یا رد نیست. لذا تا حصول شواهد کافی، باید خطرات و فواید سیگار کشیدن در مقابل استفاده از NRT در طول بارداری، هنگام مشاوره در مورد روش های ترک سیگار مورد توجه قرار گیرد و با مراجعه کنندگان در میان گذاشته شود (۱۴۵، ۱۴۹).

- به طور کلی درمان NRT در دوران بارداری و شیردهی توصیه نمی شود (۴۹) اما پس از ارزیابی خطر- فایده، می توان از NRT در طول دوره بارداری و شیردهی استفاده کرد. اگر در ترک سیگار در زنان باردار و شیرده از NRT استفاده شود، محصولات خوراکی (آدامس، اسپری، قرص زیرزبانی و آبنبات مکیدنی) نسبت به برچسب های پوستی نیکوتین ارجح هستند (۱۴۵).

- درمان NRT در زنان باردار و شیرده خالی از خطر نیست، اما ممکن است منافع آن بیشتر از خطرات سیگار کشیدن باشد (۱۵۰).

- زمانی که مشاوره سودمند نباشد و خطرات بالقوه سلامتی مرتبط با سیگار کشیدن بیش از مضرات درمان با نیکوتین باشد، درمان با NRT در دوران بارداری و شیردهی می تواند توصیه شود (۱۴۷).

ملاحظات بالینی:

- شواهد کمی در مورد مضرات استفاده از درمان جایگزین نیکوتین (NRT) در طول بارداری وجود دارد.
- در مطالعات گذشته نگر هیچ عارضه مادری یا جنینی در استفاده از برچسب های پوستی نیکوتینی در دوران بارداری گزارش نشده است.
- برخی مطالعات ارتباط بالقوه بین NRT و نقص های مادرزادی را روشن ساخته است. ارتباط بین مصرف NRT در سه ماه اول بارداری و افزایش خطر نقص های مادرزادی، قابل تأیید یا رد نیست. بنابراین خطرات و فواید سیگار کشیدن در مقابل استفاده از NRT در دوران بارداری، هنگام مشاوره در مورد روش های ترک سیگار باید مورد توجه قرار گرفته و با بیمار در میان گذاشته شود.
- شواهدی نشان می دهد که احتمالاً NRT از نظر کاهش مصرف دخانیات و بهبود پیامدهای بارداری در دوران حاملگی اثربخش باشد. نگرانی از نظر ایمنی درمان جایگزین نیکوتین شناسایی نشده است. لذا به نظر می رسد فواید NRT بیشتر از خطرات بالقوه آن باشد؛ و زمانی که مشاوره بی تأثیر است، می تواند NRT در نظر گرفته شود.
- در زنان سیگاری باردار و شیرده که بعد از مداخلات مشاوره ای قادر به ترک سیگار نیستند درمان جایگزین نیکوتین (NRT) به عنوان گزینه خط دوم درمان می تواند در نظر گرفته شود.



توصیه:

در مواردی که مشاوره بی تأثیر باشد، بعد از تحلیل خطر-فایده، در مان های جایگزین نیکوتین قابل تجویز است. دوزهای متناوب با درمان های جایگزین نیکوتین (مثل آبنبات مکیدنی و آدامس) نسبت به دوزهای مداوم (داروهای چسبی (Patch)) ارجح است.

- افسردگی دوران بارداری، امری طبیعی بوده و استفاده از **Bupropion (Zyban)** ممکن است در درمان مصرف سیگار و نیز افسردگی مؤثر باشد. شواهد محدودی در مورد اثربخشی **Bupropion** برای ترک سیگار در دوران بارداری وجود دارد.
- در مورد مضرات مصرف این دارو حین بارداری هیچ شواهدی وجود ندارد، بنابراین ممکن است **Bupropion** به عنوان درمان آلترناتیو **NRT** برای زیرگروهی از زنان باردار سیگاری در نظر گرفته شود.



توصیه:

در همسران، دوستان و اعضاء خانواده زنان باردار و شیرده نیز باید مداخلات ترک سیگار پیشنهاد شود.

شواهد:

بر اساس شواهد تاکنون رابطه‌ی معنی داری میان افزایش خطر بروز سرطان در کودک با تعداد نخ سیگار مصرفی پدر قبل از بارداری و کاهش خطر با مصرف سیگار مادر قبل از بارداری یافت نشد. رابطه‌ی معنی دار میان افزایش خطر بروز سرطان هپاتوبلاستوما در کودکانی که مادر آنها قبل از بارداری سیگار مصرف می کرده یافت شده است و البته قوی ترین رابطه در این مورد با مصرف سیگار توسط هر دو والد (نسبت به کودکانی که پدر و مادر غیرسیگاری دارند) مشاهده شده است. همچنین رابطه‌ی معنی داری میان مصرف سیگار توسط مادر در حین بارداری و بروز تمامی انواع سرطان های مورد مطالعه یافت شد (۱۵۱).

ملاحظات بالینی:

- برخلاف شواهد اولیه مبنی بر اینکه احتمال ادامه مصرف سیگار و عود مصرف در میان خانم‌های باردار دارای همسران سیگاری بیشتر است، اطلاعات محدودی در مورد فواید مشارکت همسران در مداخلات ترک سیگار برای زنان باردار وجود دارد.
- مداخلات حمایتی در همسران میزان ترک سیگار در زنان غیرباردار را افزایش نداده است.
- دخیل کردن همسران، دوستان و یا اعضاء خانواده در تلاش فرد باردار جهت ترک سیگار، امری ضروری برای افزایش احتمال موفقیت مداخلات ترک سیگار محسوب می شود.



توصیه:

خانم‌های باردار و شیرده باید برای داشتن محیط خانه ای عاری از دود تشویق شوند، تا از مواجهه غیرمستقیم با دود سیگار در امان باشند.

شواهد:

- عوارض منفی استنشاق دود سیگار به صورت غیرمستقیم در مادر و جنین (ازجمله ناباروری، بارداری خارج از رحمی، وزن تولد پایین، دور سر کوچک و ناهنجاری های مادرزادی) آشکار شده است. مصرف سیگار در دوران بارداری بر جنین و نیز کودک در مراحل ابتدایی رشد تأثیر دارد (۱۵۲).

میانگین وزن نوزادان مادرانی که در طی بارداری در معرض دود سیگار اطرافیان قرار گرفته بودند، کمتر از نوزادان دیگر مادران گزارش شده است (۱۴۰).

استنشاق دود سیگار محیطی در بارداری، احتمال خطر تولد زودرس نوزاد را افزایش داده و با وقوع بالای کم خونی مادر همراه است (۱۴۰).

طول مدت شیردهی در زنانی که در معرض دود سیگار بوده اند، در مقایسه با گروهی که در معرض دود سیگار نبودند کمتر است (۱۴۲).

ملاحظات بالینی:

- شواهد حاصل از مرور نظام‌مند و متآنالیز، پیامدهای منفی دوران جنینی (مانند روند وزن تولد پایین، دور سر کوچک و ناهنجاری های مادرزادی) مربوط به مواجهه مادران با دود سیگار را نشان داده است. بنابراین مادران باردار و شیرده باید از چنین خطرات محیطی دور باشند.
- همسران، دوستان و یا اعضاء خانواده باید برای داشتن محیط خانه ای عاری از دود جهت حصول اطمینان از عدم مواجهه مادران باردار و شیرده با دود سیگار در محیط یا غیرمستقیم مورد تشویق قرار گیرند.



خلاءهای مطالعاتی در خصوص مداخلات ترک سیگار در زنان باردار و شیرده

- ارتباط بین سیگار و ناباروری
- اثربخشی و ایمنی استفاده از بوپروپیون و وارنیکلین به عنوان کمک به ترک سیگار در زنان باردار و شیرده
- شواهد تحلیل خطر- فایده انواع مداخلات مختلف ترک سیگار در زنان باردار و شیرده



جمعیت خاص: مداخلات ترک سیگار در گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان)

مقدمه

شیوع مصرف سیگار در ایران در سنین ۱۲ تا ۱۸ سال برحسب مطالعات مختلف ۲/۳ تا ۲۹/۵ درصد گزارش شده است (۲، ۱۵۳).

جوانان، دارای شبکه اجتماعی مخصوصی متشکل از افرادی هستند که به آنها اعتماد دارند و از آنها تأثیر می‌پذیرند. کارکنان مراقبت سلامت ممکن است جزئی از این شبکه‌ها باشند یا نباشند. تلاش جمعی برای ارائه پیام‌های عدم مصرف سیگار بین بزرگسالان، علاوه بر کارکنان مراقبت سلامت، می‌تواند اثربخشی آنها را افزایش دهد.

عادات مصرف دخانیات در بین جوانان در طول دوران نوجوانی شکل می‌گیرد و زمان و روندی که طی آن نوجوان، سیگاری یا وابسته به مواد می‌شود بر حسب فاکتورهایی مانند دسترسی به دخانیات، استعداد ژنتیکی، تأثیر خانواده و دوستان و ... متفاوت است.

دستورالعملی در این خصوص که چه چیزی تعیین‌کننده سیگاری شدن در جوانی است، وجود ندارد. بنابراین در مورد اینکه چه زمانی یک جوان به عنوان فرد سیگاری در نظر گرفته می‌شود، باید به اجماع لازم دست یافت. به نظر می‌رسد که اولین پک سیگار، فاکتور خطری برای سیگاری شدن محسوب گردد. انجام مطالعات در خصوص نوع سؤالاتی که می‌تواند پزشکان را به سیگاری شدن جوانان رهنمون کند، توصیه می‌شود (۱).

مطالعات اندکی وجود دارد که مداخلات ترک سیگار برای جوانان را مورد ارزیابی قرار داده لکن همین شواهد اثربخشی مداخلات را نشان داده‌اند. درمان جایگزین نیکوتین (NRT) و مشاوره رفتاری بصورت توأم در ترک سیگار در نوجوان مؤثر گزارش شده است (۱۵۴).

تاکنون شواهد اندکی در این زمینه وجود دارد که آیا درمان جایگزین نیکوتین (NRT) برای جوانان توصیه شود یا نه؛ و این موضوع مطالعات بیشتری را طلب می‌کند. با این حال، براساس برخی گایدلاین‌ها، روش‌های درمان ترک سیگار مربوط به بزرگسالان ممکن است برای جوانان نیز مناسب باشد (۲۵).



توصیه‌های مربوط به ترک سیگار در گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان)

عنوان	شماره توصیه
ارائه دهندگان مراقبت سلامت که با گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) سروکار دارند باید به طور منظم اطلاعات مربوط به مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) را از مراجعه کنندگان دریافت نمایند.	«توصیه یک» رتبه: 1A
ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای ارائه مشاوره حمایتی به گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) مصرف کننده دخانیات، در مورد اجتناب از دخانیات و یا ترک این مواد ترغیب شوند.	«توصیه دو» رتبه: 2C
ارائه دهندگان مراقبت سلامت در محیط های مراقبت سلامت کودکان باید با والدین یا قیم کودکان در مورد اثرات بالقوه مضر استنشاق غیرمستقیم دود سیگار بر روی سلامت کودکان مشاوره نمایند.	«توصیه سه» رتبه: 2C



¹ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت که با گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) سروکار دارند باید به طور منظم اطلاعات مربوط به مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) را از مراجعه کنندگان دریافت نمایند.

شواهد:

- پزشکان باید از مراجعان کودک و نوجوان درباره مصرف دخانیات یا مواجهه با دود سیگار سؤال کنند و توصیه قوی درمورد اهمیت ترک کامل مصرف دخانیات ارائه کنند (۴۹).

- از تولد تا ۱۰ سالگی: باید مواجهه کودک با دود سیگار (در خانه، مهد کودک و ..) در هر ویزیت مشخص شود. وضعیت مصرف دخانیات همه مراجعان (در مورد شیرخواران و کودکان، وضعیت مصرف در خانه) باید مشخص شود (۴۹، ۱۵۵).

- ۱۰ سال و بالاتر: باید مصرف دخانیات توسط مراجعان و مواجهه غیرمستقیم با دود سیگار در هر ویزیت مشخص شود (۴۹، ۱۵۵).

- باید در هر ویزیت، مصرف دخانیات در نوجوانان مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرد، صرفنظر از اینکه آیا علامتی در بررسی قبلی مبنی بر عدم مصرف وجود داشته باشد.

ملاحظات بالینی:

جوانان برخلاف بالغین که معمولاً الگوی سیگار کشیدن آنها تثبیت شده است، با احتمال بیشتری در حال تجربه و کسب عادات سیگار کشیدن و وابستگی هم‌زمان به نیکوتین می‌باشند. علاوه بر جلوگیری از آغاز مصرف سیگار، پیشگیری از گذار از مصرف گاهگاهی به مصرف دائمی می‌تواند راه حلی کلیدی برای کمک به ترک سیگار در جوانان باشد. توصیه‌های زیر با سؤال در مورد سیگار کشیدن جوانان مرتبط است:

- باید به منظور اثبات مصرف محصولات دخانی به شیوه‌های مختلفی از افراد سؤال شود؛ از زبان و واژگانی استفاده شود که جوانان با آن آشنا هستند.

مثلاً از وی سؤال شود که آیا تا به حال حتی در حد یک پک، سیگار کشیده است؟ اگر یکی از صمیمی‌ترین دوستانش به وی سیگار تعارف کند، آیا آن را قبول می‌کند؟ (۱۵۶)

- باید از تاریخچه طبیعی شروع مصرف دخانیات آگاهی یافت، زیرا مراحل مهمی از "اولین پک" تا وابستگی به نیکوتین وجود دارد که ممکن است علامتی از گذار به سمت سیگار کشیدن روزانه یا منظم باشد. سیر شروع مصرف سیگار باید دقیقاً پایش شود؛ از آنجائی که سیگار کشیدن گاهگاهی، سریعاً می‌تواند به سیگار کشیدن دائمی تبدیل شود. مثلاً باید در مورد "پک زدن" یا "تجربه کردن" علاوه بر مصرف روزانه یا منظم (که نشانه سیگاری شدن دائمی است) از مراجعان سؤال شود.

- باید از سؤال مستقیم یا ابزار غربالگری با پیش آگهی معتبر، برای شناسایی افراد در معرض خطر مصرف دائم سیگار استفاده شود. و در این راستا باید افراد با ریسک‌های مضاعف سلامتی شناسایی شوند (مثلاً نوجوانان مبتلا به آسم).



توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت که با گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) سروکار دارند باید به طور منظم اطلاعات مربوط به مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) را از مراجعه کنندگان دریافت نمایند.

برای رسیدن به این هدف می‌توان از سؤالاتی که در قالب "آزمون غربالگری مصرف سیگار، الکل و مواد" توسط سازمان بهداشت جهانی در این زمینه تدوین شده، بهره گرفت (۱۵۷).

- هر کودک یا نوجوانی که محصولات دخانی مصرف می‌کند، باید توصیه به ترک شود. اثربخشی مداخلات پنج مرحله ای 5A در مورد جوانان تأیید نشده است. با این حال به طور کلی، "سؤال کردن" و "توصیه کردن" به عنوان نقطه شروع برای ارائه مداخلات فردی موثر در نظر گرفته می‌شوند (۴۹).



توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای ارائه مشاوره حمایتی به گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) مصرف کننده دخانیات، در مورد اجتناب از دخانیات و یا ترک این مواد ترغیب شوند.

شواهد:

- اثربخش بودن مشاوره در درمان نوجوانان سیگاری روشن شده است. بنابراین باید مداخلات مشاوره‌ای برای نوجوانان سیگاری جهت کمک به ترک سیگار آنها فراهم گردد (۴۹).

کودکان سیگاری از نظر آمادگی برای ترک ممکن است در مراحل مختلفی قرار داشته باشند:

۱. مرحله قبل از قصد که فرد سیگاری در این مرحله برای ترک آمادگی ندارد.

۲. مرحله قصد که در آن فرد سیگاری تمایل دارد طی ۱ تا ۶ ماه آینده، سیگار را ترک کند.

۳. مرحله آمادگی که در این مرحله فرد سیگاری آمادگی دارد طی یک ماه آینده سیگار را ترک نماید (۴۹).

- ۱۰ سال و بالاتر: در مورد کسانی که در مرحله "قبل از قصد" قرار دارند، ارائه توصیه‌هایی در مورد اهمیت ترک و آگاهی از وجود ارائه دهندگان مراقبت و برخورداری از کمک آنها در صورت نیاز و بدون ایجاد تقابل با نوجوان، سودمند خواهند بود (۴۹).

- ۱۰ سال و بالاتر: کسانی که در مرحله "قصد" قرار دارند، باید مورد حمایت قرار گیرند و با برخوردی توأم با احترام به ترک سیگار ترغیب شوند. فردی که در مرحله "آمادگی" قرار دارد باید یک تاریخ ترک برای خود تنظیم کند؛ اطلاعات لازم برای کمک به خود را دریافت نماید و ترغیب شود که پیگیری بعد از تاریخ ترک را قبول کند (۴۹).

- ۱۰ سال و بالاتر: اگر والدین، برادر یا خواهر یا دوست بیمار دخانیات مصرف می‌کند، باید مهارت‌های امتناع در فرد تقویت شود و مواد آموزشی لازم به وی ارائه گردد (۱۵۸).

- مداخلاتی برای ترک سیگار پیشنهاد شود که به صورت ترکیبی از اجزای مؤثر شناخته شده (دارودرمانی، مشاوره، تکنیک‌های مصاحبه‌ای انگیزشی) برای جوانان سیگاری باشد (۱۵۹).

ملاحظات بالینی

انواع درمان‌های ترک سیگار در جوانان و نوجوانان

- مطالعات کمی وجود دارد که ارزیابی کند آیا مشاوره کوتاه توسط ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت در جوانان سیگاری اثربخش است.

- تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی را می‌توان برای جوانان بومی‌سازی کرد (۴۹).

- مداخلاتی که در بزرگسالان مؤثر است، برای جوانان نیز توصیه می‌شود (به عنوان مثال مداخلات حمایتی چندجلسه‌ای) (۲۵).

توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت در محیط‌های مراقبت سلامت کودکان باید با والدین/قیم کودک در مورد اثرات بالقوه مضر استنشاق غیرمستقیم دود سیگار بر روی سلامت کودکان آنها مشاوره نمایند.

توصیه: ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای ارائه مشاوره حمایتی به گروه سنی جوان (کودکان و نوجوانان) مصرف کننده دخانیات، در مورد اجتناب از دخانیات و یا ترک این مواد ترغیب شوند.

شواهد:

استنشاق غیرمستقیم دود سیگار برای کودکان مضر است. تأثیر مشاوره ترک سیگار که در محیط‌های درمانی کودکان ارائه می شود، بر افزایش ترک سیگار در میان والدین سیگاری اثبات شده است. بنابراین جهت محافظت کودکان از دود سیگار غیرمستقیم، پزشکان باید از والدین در مورد مصرف دخانیات سؤال کنند و به آنها کمک و توصیه ترک سیگار ارائه نمایند (۴۸، ۱۵۷).

ملاحظات بالینی

انواع درمان‌های ترک سیگار

- تا امروز شواهد تجربی اندکی وجود دارد که نشان دهد نصیحت والدین در مورد آثار بالقوه مخرب مصرف سیگار توسط آنها یا دیگران بر روی فرزندانشان مفید واقع می‌شود. با این حال مشاوره با والدین در محیط‌های درمانی اطفال یا طی بستری کودک در بیمارستان ممکن است تمایل والدین برای ترک سیگار، تلاش برای ترک و میزان ترک در آنها را افزایش دهد (۴۹).



- اگر باور بر این است که درمان جایگزین نیکوتین (NRT) می‌تواند به تلاش برای ترک سیگار کمک کند، این درمان می‌تواند در نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ ساله) وابسته به نیکوتین مورد استفاده قرار گیرد؛ این بدین معناست که NRT برای استفاده افرادی که گاهی سیگار می‌کشند، توصیه نمی‌شود (۱).

هیچ کدام از داروهای Varenicline و Bupropion جهت استفاده در جوانان زیر ۱۸ سال مجوز ندارند و نباید برای این گروه سنی استفاده شوند (۴۸).

انواع درمان‌های ترک سیگار در جوانان و نوجوانان

- برنامه‌های کنترل دخانیات مبتنی بر جامعه (مداخلات غیربالینی) برای جوانان می‌تواند منبع مهمی برای اهداف ارجاع باشد.
- شواهد تجربی اندکی در مورد اثربخش بودن مصرف NRT (۲۵) یا Bupropion SR (۴۹) بر جوانان سیگاری وجود دارد. با این حال نشان داده شده که این درمان‌ها ایمن هستند.



خلاءهای مطالعاتی در خصوص مداخلات ترک سیگار در جوانان و نوجوانان

- ارزیابی اثربخشی استفاده از 5A در درمانگاه اطفال برای درمان نوجوانان و نیز والدین آنها.
- در مورد ارزیابی و مداخلات ترک سیگار در جوانان، پزشکان باید به چه نکاتی توجه کرده و هر چند وقت یکبار مداخله نمایند.
- بررسی ایمنی و اثربخشی داروها در نوجوانان، شامل Bupropion SR، درمان جایگزین نیکوتین (NRT)، Varenicline و واکسن نیکوتین
- بررسی اثربخشی مداخلات مشاوره‌ای برای ایجاد انگیزه در جوانان جهت توقف مصرف دخانیات
- بررسی اثربخشی مداخلات متمرکز بر کودکان در مقایسه با مداخلات متمرکز بر خانواده یا گروه همسالان، همچنین مداخلات قابل دسترسی از طریق اینترنت، خطوط تلفنی ترک سیگار و برنامه‌های مبتنی بر مدرسه
- جست و جوی استراتژی‌های افزایش کارآمدی، جاذبه و دسترسی به درمان‌های مشاوره‌ای برای نوجوانان سیگاری
- ارزیابی مداخلاتی که مانع از سیگاری شدن دائمی در جوانان می‌شود
- در شناسایی جوانان در معرض خطر سیگاری دائمی شدن، پزشکان باید در خصوص چه مواردی سؤال کنند؟
- تا چه اندازه سوء مصرف دیگر مواد در نوجوانان سیگاری باید مورد توجه قرار گیرد؟
- چگونه می‌توان به بهترین راهکارهای عملی جهت شناخت موقعیت‌های خاص تسهیل کننده استعمال دخانیات فرا روی جوانان دست یافت؟



مداخلات ترک در دیگر اشکال مصرف دخانیات

مقدمه

شیوع جهانی مصرف روزانه‌ی تنباکو به شکل دخانی در افراد بالای ۱۵ سال بر اساس مطالعه‌ای که در مورد ۱۸۷ کشور دنیا انجام شد در سال ۲۰۱۲ در حدود ۳۱٫۱٪ در مردان و ۶٫۲٪ در زنان برآورد شده است، این مقادیر در سال ۱۹۸۰ به ترتیب در مردان و زنان ۴۱٫۲٪ و ۱۰٫۶٪ گزارش شده بود (۱۶۰). در حالی که گزارش‌های مختلف جهانی حاکی از ثابت ماندن و یا روند کاهشی مصرف سیگار هستند یک مطالعه‌ی جهانی در میان ۹۵ کشور مختلف نشان داد که مصرف دیگر انواع دخانیات بخصوص قلیان به ویژه در جوانان رو به افزایش است (۱۶۱). البته مصرف قلیان بیشتر در منطقه مدیترانه‌ی شرقی رواج داشته و مطالعات شیوع مصرف آن در میان بالغین را حدود ۲۰٪ برآورد کرده‌اند (۱۶۲) و این درحالی است که مطالعات انجام شده در ایران میزان‌های متفاوتی از شیوع مصرف قلیان از ۲٫۷٪ (۵) تا ۱۰٫۴٪ (۱۶۳) را گزارش کرده‌اند. یک قلیان با ۲۵-۱۵ گرم تنباکو می‌تواند به طور میانگین در حدود ۱۶۶ میلیگرم نیکوتین داشته باشد در مقایسه با یک سیگار که در حدود ۱۰ میلیگرم نیکوتین دارد (۱۶۴). لذا انتظار می‌رود که میزان وابستگی به نیکوتین و علائم ترک در افراد مصرف کننده قلیان با افراد سیگاری قابل مقایسه باشد.

از دیگر مصارف تنباکو می‌توان به مصرف اشکال غیر دخانی تنباکو اشاره کرد که محصولات متعددی را شامل می‌شوند: ناس^۱ (فرم جویدنی برگ تنباکو) و انفیه^۲ (پودر قابل استنشاق) رایج ترین آنها هستند. شیوع مصرف آنها در نواحی مختلف دنیا بسیار متنوع بوده و بین ۱ تا ۳۳٪ گزارش شده است، البته در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی این میزان در گزارش سازمان بهداشت جهانی به ترتیب ۱۲٪ و ۴٪ در مردان و زنان آورده شده است (۱۶۵). عمده‌ی مصرف تنباکو به شکل غیر دخانی و جویدنی در کشورهای آسیای جنوبی مانند هند، پاکستان، نپال، افغانستان، بوتان، سریلانکا و بنگلادش بوده و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۹۰ درصد بار بیماریهای مربوط به مصرف غیر دخانی تنباکو مربوط به این کشورها است (۱۶۶) البته انفیه‌ی مرطوب که میزان نیکوتین آزاد بسیار بالاتری نسبت به سایر محصولات غیر دخانی تنباکو دارد (۱۶۷) نیز بیشتر در کشورهای اسکاندایناوی بخصوص سوئد رواج داشته و ارتباط آن با بروز سرطان پانکراس نشان داده شده است (۱۶۸) تخمین زده می‌شود نزدیک به ۳۰ ماده‌ی سرطانزا از جمله نیتروس آمین‌ها و آلکالوئیدها در این نوع محصولات وجود داشته باشند (۱۶۹) که می‌توانند در محوطه‌ی دهانی سرچشمه‌ی ایجاد تغییرات هایپرپلاستیک شوند (۱۷۰) تمرکز مطالعات در این زمینه فعلا در دو محور سرطان دهان و ضایعات بالقوه بدخیم دهانی^۳ است (۱۷۱). در ایران شیوع مصرف قلیان در شهرهای جنوبی و جنوب غربی که با کشورهای حاشیه‌ی خلیج فارس ارتباط دارند و به ویژه در زنان بیشتر است (۱۶۳) درحالی که سایر اشکال غیر دخانی بیشتر در شهرهای شرقی ایران و به ویژه در مردان مورد مصرف قرار می‌گیرد، به طور مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد ۱۹٫۹٪ دانش آموزان دبیرستانی پسر در شهر زاهدان مصرف در حال حاضر ناس و پمپرک دارند (۱۷۲) و در شهر کرمان ۹٫۷٪ دانش آموزان پیش دانشگاهی پسر سابقه مصرف این محصولات را داشته‌اند (۱۷۳).



1. Naswar

2. Snuff

3. Oral potentially malignant disorders

مطالعات اندکی به ترک مصرف اشکال غیر دخانی تنباکو پرداخته‌اند و به علت عدم آگاهی مصرف کنندگان از خطرات بالقوه‌ی اینگونه محصولات بسیار سخت‌تر می‌نماید، به نظر می‌رسد به علت عوارض شایع این محصولات بر محوطه‌ی دهانی بهترین رهیافت مشاوره‌ای استفاده از دندانپزشکان برای توصیه به ترک باشد، دندانپزشکان قادرند هنگام معاینه‌ی دهان ضایعات مشکوک را تشخیص داده و توصیه به ترک اشکال غیر دخانی تنباکو را انجام دهند (۱۷۴). البته کارایی داروهایی نظیر بوپروپیون نیز در ترک اشکال غیر دخانی به اثبات رسیده است (۱۷۵). همچنین نتایج یک مطالعه‌ی مروری نظام مند نشان داده است که استفاده از رهیافت‌های مورد استفاده در ترک سیگار مانند داروی بوپروپیون بعلاوه‌ی حمایت‌های رفتاری و یا حمایت‌های رفتاری به تنهایی می‌توانند به طور معنی‌داری میزان ترک قلیان را بالا ببرند و یک مطالعه‌ی با کیفیت بالا نیز در لبنان نشان داده است که افزایش ۱۰٪ مالیات بر قلیان می‌تواند تا ۱۴٫۵٪ تقاضای آن را کاهش دهد (۱۷۶)، با توجه به کم بود مطالعات در این زمینه پیشنهاد می‌شود سیاست‌های ترک سیگار عیناً برای قلیان نیز به کار گرفته شوند (۱۷۷).



توصیه های مربوط به ترک در موارد وابستگی به اشکال مختلف مصرف تنباکو به غیر از سیگار

عنوان	شماره توصیه
پرسش کردن در مورد وضعیت مصرف سایر اشکال دخانیات: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید وضعیت دقیق مصرف دخانیات (اعم از تمامی اشکال) را برای بیماران یا مراجعه کنندگان به طور منظم به روز نمایند.	«توصیه یک» رتبه^۱: 1A
توصیه کردن به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید به طور شفاف بیماران یا مراجعه کنندگان را به ترک کلیه مواد دخانی توصیه کنند.	«توصیه دو» رتبه: 1C
ارزیابی تمایل به ترک: ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید تمایل بیماران یا مراجعه کنندگان برای شروع درمان جهت ترک کلیه اشکال دخانی را ارزیابی نمایند.	«توصیه سه» رتبه: 1C
کمک به ترک: برای هر فرد مصرف کننده دخانیات که تمایل خود برای شروع درمان تا مرحله ترک را ابراز می کند، باید کمک فراهم شود.	«توصیه چهار» رتبه: 1A
پیگیری موارد ترک سیگار: ارائه دهندگان مراقبت سلامت: الف) در صورت نیاز، باید پیگیری منظمی به منظور ارزیابی میزان پاسخ دهی به درمان، حمایت و اصلاح درمان انجام دهند. ب) بیماران یا مراجعه کنندگان را در موارد مقتضی ارجاع کنند.	«توصیه پنج» رتبه: الف: 1C ب: 1A
به هر فرد مصرف کننده دخانیات که به میزان قابل توجه (معادل روزانه تعداد ۱۰ نخ سیگار یا بیشتر سیگار) دخانیات مصرف می کند و تمایل به ترک دارد، دارودرمانی مؤثر پیشنهاد شود.	«توصیه شش» رتبه: 1A



^۱ جدول کلاس و رتبه بندی شواهد در فصل مقدمه، تحت عنوان سطح بندی شواهد موجود است.

خلاء های مطالعاتی در خصوص مداخلات ترک در سایر اشکال مصرف دخانیات
اثربخشی مداخلات مشاوره ای در ترک در سایر اشکال مصرف دخانیات به ویژه قلیان
اثربخشی مداخلات دارویی در ترک در سایر اشکال مصرف دخانیات به ویژه قلیان
مقایسه ارجحیت استفاده از داروهای مختلف در ترک در سایر اشکال مصرف دخانیات به ویژه قلیان



سوستا



پیوست A- خطوط تلفن و سامانه های مبتنی بر وب مشاوره ترک سیگار

- تلفن گویای مشاوره ترک سیگار: ۳-۲۷۱۲۲۰۵۰
- مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات: ۲۶۱۰۹۵۰۸
- کلینیک ترک سیگار دکتر نصیر دهقان: ۸۸۶۸۵۱۶۲
- خط ملی مشاوره اعتیاد: ۰۹۶۲۸
- سامانه‌ی مبتنی بر وب ترک سیگار: tpcrc.sbm.u.ac.ir



پیوست B- پرسشنامه تعیین میزان وابستگی به نیکوتین (فاگراشروم) (۱۲)

آزمون تعیین میزان وابستگی به نیکوتین (فاگراشروم)

- ۱- چه مدت پس از برخاستن از خواب اولین سیگار خود را روشن می کنید؟
 ۱- طی ۳۰ دقیقه
 ۰- بعد از ۳۰ دقیقه
- ۲- آیا خودداری از سیگار کشیدن در مکان های ممنوع نظیر مسجد، کتابخانه، سینما و مکان های مشابه برای شما مشکل است؟
 ۱= بلی
 ۰= خیر
- ۳- صرفنظر از کدام سیگار در طی روز بیش از همه شما را آزار می دهد
 ۱- اولین سیگار صبح
 ۰- سایر سیگارهای طول روز
- ۴- چه تعداد سیگار در روز می کشید؟
 ۲- ۲۶ نخ یا بیشتر
 ۱- ۱۶-۲۵ نخ
 ۰- ۱۶ نخ یا کمتر
- ۵- آیا در ساعات اولیه صبح بیشتر از سایر مواقع سیگار می کشید؟
 ۱= بلی
 ۰= خیر
- ۶- آیا هنگامی که آنقدر بیمارید که بیشتر روز را در بستر به سر می برید، باز هم سیگار می کشید؟
 ۱= بلی
 ۰= خیر
- ۷- آیا به سیگار خود پک های عمیق می زنید؟
 ۲= همیشه
 ۱= گاهی
 ۰= هرگز

نحوه تحلیل امتیاز کسب شده:

امتیاز کسب شده	۲-۱	۴-۳	۷-۵	۸ و بالاتر
تفسیر	وابستگی اندک	وابستگی اندک تا متوسط	وابستگی متوسط	وابستگی شدید



پیوست C- پرسشنامه PHQ-9 (۱۷۸)

در طول دو هفته اخیر چه میزان از مشکلات زیر رنج برده اید:

تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	قراوانی حالتها
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	علاقه کم یا لذت اندک در انجام کارها
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	احساس غم، افسردگی و ناامیدی
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	مشکل در به خواب رفتن/خوابیدن یا بیش از حد خوابیدن
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	احساس خستگی یا کم انرژی بودن
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	بی اشتها یا اشتهای بیش از حد
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	نسبت به خود احساس بدی داشتن یا احساس مایه سرافکنندگی خود و خانواده بودن
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	اشکال در تمرکز در کارها، مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	به آهستگی حرکت یا صحبت کردن، یا برعکس بی قرار و ناآرام بودن بیش از حد که مایه توجه افراد به شما شده باشد
تقریباً هر روز (۳)	بیش از نیمی از روزها (۲)	برخی روزها (۱)	هرگز (۰)	فکر اینکه بهتر است زنده نباشید یا به خودتان آسیبی برسانید

در صورت وجود هر یک از موارد فوق، این مسائل تا چه میزان برای شما در انجام کارهایتان، وظایف

در منزل یا معاشرات با دیگران مشکل ایجاد کرده است؟

۱: هیچ مشکلی، ۲: تا حدی، ۳: خیلی، ۴: بیش از حد

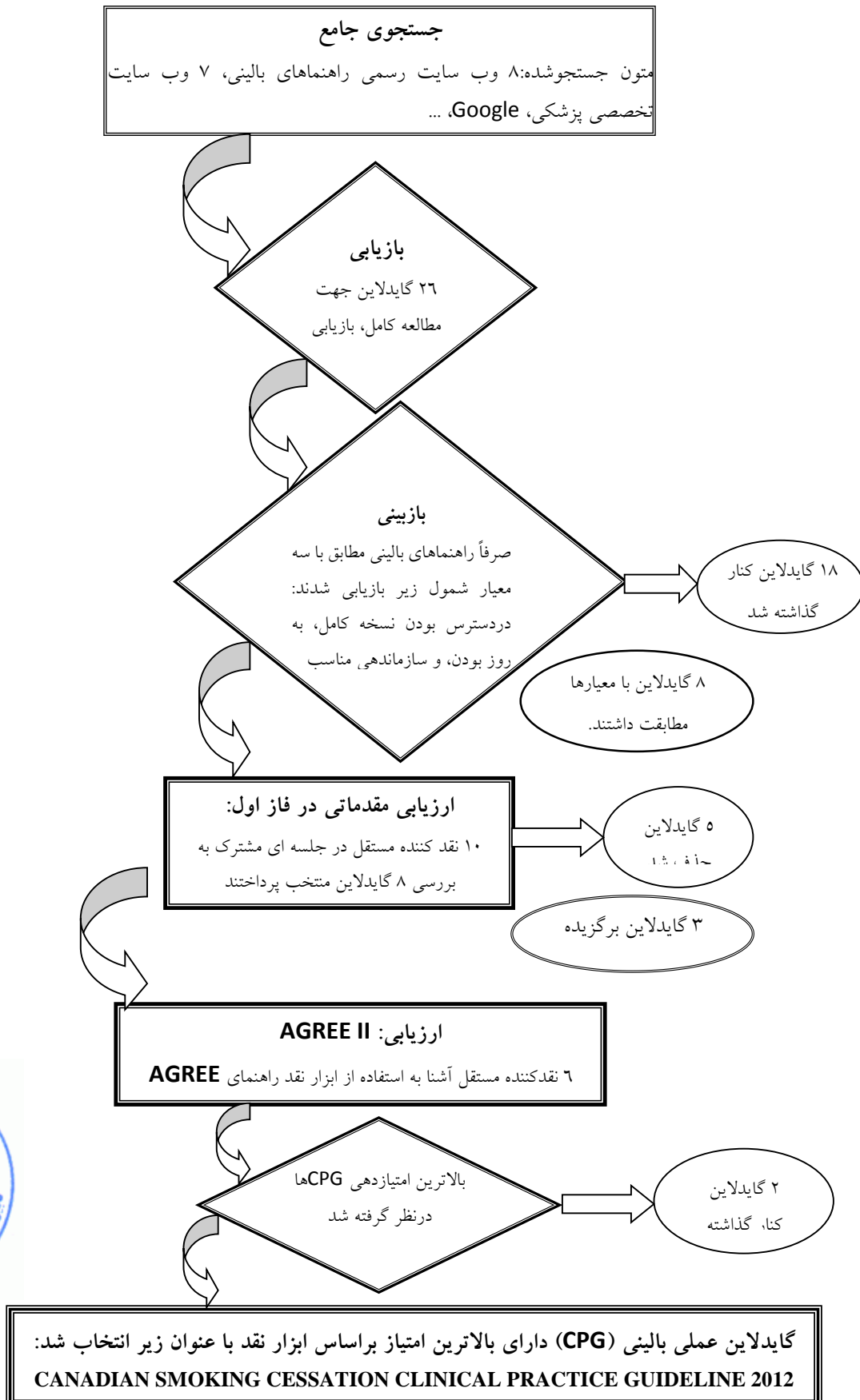
نحوه تحلیل امتیاز کسب شده:



۲۰ و بیشتر	۱۹-۱۵	۱۴-۱۰	۹-۵	۴-۰	امتیاز کسب شده
افسردگی شدید	افسردگی با شدت متوسط	افسردگی با شدت خفیف	وجود علائم افسردگی	طبیعی یا بهبود کامل	تفسیر



پیوست D- نمودار فرایند انتخاب راهنمای بالینی ترک سیگار



پیوست E- جدول لیست مشخصات ۲۶ گایدلاین باز یابی شده و امتیازات تخصیص یافته

ملاک های غربالگری			مشخصات راهنماهای بالینی موجود موجود برای ترک سیگار				ردیف
سازماندهی مناسب	دسترسی به نسخه کامل	به روز بودن	کشور/مؤسسه	تاریخ	عنوان	کد	
+++++	+	++	Canada/KMAH	2012	CANADIAN SMOKING CESSATION CLINICAL PRACTICE GUIDELINE	G25-2012-CA	۱
++	+	++	Africa and Middle East University of Stellenbosch	2012	Smoking Prevention and Cessation in the Africa and Middle East Region: A Consensus – Draft Guideline for Healthcare Providers Executive Summary	G8-2012-AF	۲
+	+	++	VPHP Guidelines	2011	Smoking Cessation Clinical Practice Guidelines	G23-2011-VPHP	۳
+++++	+	++	NHS Health Scotland	2010	A guide to smoking cessation in Scotland Planning and providing specialist 2010 smoking cessation services	G22-2010-NHS-SC	۴
+++++	+	++	Japanese Circulation (JCS) Society	2010	Guidelines for Smoking Cessation	G11-2010-JA	۵
++	-	++	U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)	2009	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: Reaffirmation recommendation statement	G7-2009-US	۶
+++	+	++	UK/NHS/NICE	2008	Smoking cessation services in primary care pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities	G14-2008-UK	۷
+++	+	++	U.S. Department of Health and Human Services	2008	Treating Tobacco Use and Dependence Update 2008	G1-2008-US	۸
++	+	++	Low income country International union/ against tuberculosis and lung diseases	2008	Tobacco Cessation Intervention for Tuberculosis patient	G16-2008-LI	۹
++	+	+	/Canada Nurses Association of Ontario	2007	Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice	G13-2007-CA	۱۰
++	-	+	UK/NHS/NICE	2007	Workplace health promotion: how to help employees to stop smoking	G15-2007-UK-NICE	۱۱
+++++	+	+	New Zealand Ministry of Health	2007	Smoking Cessation Guidelines	G3-2007-NZ	۱۲
+	+	-	French Health Products Safety Agency	2005	Smoking cessation guidelines evidence based recommendations of the French Health Products Safety Agency	G26-2005-FR	۱۳
++	+	-	New Zealand Guidelines Group	2005	Survey on the Usefulness of the National Health Committee 2002 Smoking Cessation Guidelines	G24-2005-NZ	۱۴
+++	+	-	Singapore /Health Promotion Board	2004	Smoking cessation clinic guideline	G27-2004-SG	۱۵
+++++	+	-	Australia/Guideline Development group	2004	Smoking Cessation Guidelines FOR AUSTRALIAN GENERAL PRACTICE	G17-2004-AUS	۱۶
++	+	-	Malaysia /Ministry of Health	2003	CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON TREATMENT OF TOBACCO USE AND DEPENDENCE 2003	G19-2003-MA	۱۷
++	+	-	USA/ American College of Chest Physicians	2002	An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation	G9-2002-US	۱۸
++	+	-	Australia/Government Dept of Health,	2001	Clinical guidelines and procedures for the management of nicotine dependent inpatients	G4-2001-AUS	۱۹
++	+	-	Australia/Government Dept of Health,	2001	Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical Activity (SNAP) Framework for General Practice	G12-2001-AUS	۲۰
+	+	-	UK/University of London	2000	Smoking cessation guidelines for health professionals: an update	G21-2000-UK	۲۱
+	+	-	USA/ University of Arizona	2000	Tobacco cessation skills certification in Arizona: application of a state wide community based model for diffusion of evidence based practice guidelines	G5-2000-US	۲۲
++	+	-	Canada/ Practical Approaches to Costly Workshop Problem	2000	Employers Smoking Cessation Guide	G20-2000-CA-AT	۲۳
++	+	-	Canada/Department of Family and Community Medicine, University of Toronto	2000	Smoking Cessation Guidelines: How to Treat Your Patient's Tobacco Addiction	G18-2000-CA-TO	۲۴
+	+	-	UK	1998	Smoking Cessation Guideline for Health Professionals – A guide to effective smoking cessation intervention for health care system	G2-1998-YORK	۲۵
+	+	-	Canada/Dept of family medicine	1998	A Randomized Trial of a Family Physician Intervention for Smoking Cessation	G10-1988-CA	۲۶

پیوست F- مشخصات هشت راهنمای بالینی منتخب ترک سیگار در فاز اول

کشور/موسسه	تاریخ	عنوان	ردیف
Canada/ KMAH	۲۰۱۲	Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline	۱
NHS Health Scotland	۲۰۱۰	A guide to smoking cessation in Scotland 2010 Planning and providing specialist smoking cessation services	۲
Japanese Circulation Society (JCS)	۲۰۱۰	Guidelines for Smoking Cessation	۳
UK/NHS/NICE	۲۰۰۸	Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities	۴
U.S. Department of Health and Human Services	۲۰۰۸	Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update	۵
New Zealand Ministry of Health	۲۰۰۷	Smoking Cessation Guidelines	۶
Singapore /Health Promotion Board	۲۰۰۴	Smoking cessation clinic guideline	۷
Australia/Guideline Development group	۲۰۰۴	Smoking Cessation Guidelines For Australian General Practice	۸



پیوست G – خلاصه امتیازات اختصاص داده شده به سه گایدلاین منتخب توسط صاحب نظران

Reviewer	guideline	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	overall1	overall2
1	G1	5	6	5	6	4	5	6	6	5	5	6	5	5	2	5	6	5	5	5	5	4	3	4	5	yes with modify
1	G22	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	5	6	6	5	5	5	6	5	6	6	5	6	5	6	yes with modify
1	G25	6	6	6	5	5	6	5	5	5	5	6	6	5	5	6	6	6	5	6	6	5	4	5	6	yes with modify
2	G1	7	7	7	6	6	7	7	7	7	6	7	6	7	5	7	6	7	7	7	5	7	5	6	7	yes with modify
2	G22	7	5	7	6	3	7	4	3	4	2	5	6	7	7	7	7	7	4	6	7	6	7	7	5	yes with modify
2	G25	7	4	7	7	7	6	6	6	5	6	7	5	7	6	7	6	4	6	7	7	5	6	6	6	yes with modify
3	G1	7	6	7	6	7	6	7	7	7	7	6	6	6	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	7	yes with modify
3	G22	7	6	7	5	4	6	4	4	4	3	6	6	7	7	7	7	7	5	5	7	6	7	7	5	yes with modify
3	G25	7	3	7	6	7	6	6	6	4	6	6	5	7	7	7	6	3	6	7	7	6	6	6	6	yes with modify
4	G25	7	3	6	7	4	7	5	6	5	4	6	6	2	2	6	6	6	6	7	3	4	3	7	4	yes with modify
4	G1	7	6	6	7	3	7	6	7	5	6	6	6	7	7	6	6	7	6	4	6	4	7	7	4	yes with modify
4	G22	7	6	7	2	2	7	2	2	2	2	7	7	2	2	6	7	5	2	5	6	4	4	2	6	yes with modify
5	G1	7	6	7	6	4	7	7	7	7	7	5	6	7	7	7	7	7	2	7	4	5	5	6	6	yes with modify
5	G22	7	4	7	5	2	7	4	2	4	2	6	5	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	6	yes with modify
5	G25	7	6	7	6	4	3	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	4	6	7	7	2	7	7	7	yes
6	G1	6	6	6	6	4	6	7	7	6	5	6	5	6	6	5	5	6	4	5	4	5	4	4	5	yes with modify
6	G22	6	5	6	4	4	6	4	4	4	6	4	4	4	3	6	6	6	4	6	6	7	6	6	5	yes with modify
6	G25	7	5	6	6	4	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	6	yes with modify



1. CAN-ADAPTT Guide to Smoking Cessation: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health; 2012 [Available from: www.canadaptt.net].
2. Meysamie A, Ghaletaki R, Zhand N, Abbasi M. Cigarette smoking in Iran. Iranian journal of public health. 2012;41(2):1-14.
3. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library. 2004.
4. Reynolds L, Tansey E. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Queen Mary, University of London; 2012.
5. Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilzadeh O, et al. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007). Tob Control. 2010 Apr;19(2):125-8. PubMed PMID: 20008159. PMCID: PMC2989156.
6. Heydari G, Heidari F, Yousefifard M, Hosseini M. Smoking and diet in healthy adults: a cross-sectional study in tehran, iran, 2010. Iranian journal of public health. 2014;43(4):485.
7. Global Burden of Disease Data Tool: institute for health metrics and evaluation; 2016 [Available from: <http://www.healthdata.org/gbd-data-tool>].
8. Adhikari B, Kahende J, Malarcher A, Pechacek T, Tong V. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses. Oncology Times. 2009;31(2):40-2.
9. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. WHO Document Production Services. 2009.
10. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Document Production Services. 2003 2003, updated reprint 2004, 2005.
11. National Bylaw for Tobacco Control: Center for Occupational and Environmental Health; 2008 [Available from: [http://markazsalamat.behdasht.gov.ir/uploads/tobacco_control_171474\(1\).pdf](http://markazsalamat.behdasht.gov.ir/uploads/tobacco_control_171474(1).pdf)].
12. Tobacco Quit Handbook: Institute for Environmental Research, Tehran University of Medical Sciences; 2012 [Available from: [http://markazsalamat.behdasht.gov.ir/uploads/dokhaniaat_171679\(3\).pdf](http://markazsalamat.behdasht.gov.ir/uploads/dokhaniaat_171679(3).pdf)].
13. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. CHEST Journal. 2006;129(1):174-81.
14. Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. Ann Behav Med. 2006 Aug;32(1):10-20. PubMed PMID: 16827625.
15. Norcross JC. Handbook of eclectic psychotherapy: Brunner-Routledge; 1986.
16. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2001 (2):CD000165. PubMed PMID: 11405953.
17. Heydari G, Sharifi M, Hosseini M, Masjedi MR. The effect of training and behavioral therapy recommendations on smoking cessation. Tanaffos J Respir Dis. 2003;2:39-44.
18. Heydari G, Talischi F, Tafti S, Masjedi M. Quitting smoking with varenicline: parallel, randomised efficacy trial in Iran. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2012;1.۷۲-۲۶۸:(۲)۶
19. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005 (2):CD001007. PubMed PMID: 15846610.

20. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 (2):CD001292. PubMed PMID: 15846616.
21. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003 (1):CD002850. PubMed PMID: 12535442.
22. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 (3):CD001118. PubMed PMID: 16034855.
23. Fiore M, Jaen CR, Baker T, Bailey W, Benowitz N, Curry Se, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. 2008.
24. Kottke T, Baechler C, Canterbury M, Danner C, Erickson K, Hayes R, et al. Healthy lifestyles. Institute for Clinical Systems Improvement: Bloomington, MN. 2013.
25. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal (Online).* 2008;121(1276).
26. Anczak JD, Nogler RA. Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. *Clinical Medicine & Research.* 2003;16-201:(3)1.
27. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Library.* 2004.
28. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 (1):CD005084. PubMed PMID: 16437517.
29. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library.* 2008.
30. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library.* 2004.
31. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NICE. 2008.
32. Chambers M, Croghan E, Willis N. NHS Stop Smoking Services: Service and Monitoring Guidance 2009/10: Department of Health; 2009.
33. Heydari G, Ahmady AE, Lando H, Almasinia B. Utilization of a telephone interactive voice-response tobacco cessation support service in the Islamic Republic of Iran/Utilisation d'un serveur vocal interactif téléphonique d'aide au sevrage tabagique en République islamique d'Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2014;20(5):324.
34. Heydari G, Jianfar G, Alvanpour A, Hesami Z, Talischi F, Masjedi MR. Efficacy of telephone quit-line for smokers in Iran: 12 months follow up results. *Tanaffos.* 2011;10(3):42.
35. Masjedi MR, Azaripour Masooleh H, Hosseini M, Heydari GR. Effective factors on smoking cessation among the smokers in the first "Smoking Cessation Clinic" in Iran. *Tanaffos.* 2002;1(4):61-7.
36. Nevala J, Bossenberry C, Cooke D, Edwards N, Lawler S, Logan H. Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. 2003.
37. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for Scotland. 2004.
38. Rasmussen SR. The cost effectiveness of telephone counselling to aid smoking cessation in Denmark: A modelling study. *Scandinavian journal of public health.* 2013;41(1):4-10.
39. Zhu S-H, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *New England Journal of Medicine.* 2002;347(14):1087-93.
40. Smith BJ, Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters MJ, Fitridge R, et al. Smoking Termination Opportunity for inPatients (STOP): superiority of a course of varenicline tartrate plus counselling over counselling alone for smoking cessation: a 12-month randomised controlled trial for inpatients. *Thorax.* 2012;thoraxjnl-2012-202484.
41. Chen Y-F, Madan J, Welton N, Yahaya I, Aveyard P, Bauld L, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment.* 2012;16(38):1-205.

42. Rutqvist LE. Population-based survey of cessation aids used by Swedish smokers. *Harm reduction journal*. 2012;9(1):1.
43. Shaban M, Nejati S, Mehran A, Saidi J. The effects of counseling on smoking cessation in patients suffering from COPD. *Journal of hayat*.2006;11(4);73-81.
44. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10).
45. Gratziou C. Review of current smoking cessation guidelines. *Eur Respir Mon*. 2008;42:35-43.
46. West RJ. *Clinical Smoking Cessation Interventions: A concise review of the evidence for use in clinical guidelines* Tobacco Studies Health Behaviour Unit University College, London, United Kingdom 2008 [Available from: http://www.rjwest.co.uk/downloadfile.php?filename=uploads/I7-026_West.pdf.
47. Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tobacco Control*. 2009;18:34-42.
48. A guide to smoking cessation in Scotland 2010. Planning and providing specialist smoking cessation services. In: Scotland NHSaAoSaH, editor.: NHS Health Scotland 2010.
49. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-76.
50. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Stillman S, Litt J, et al. Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals. Melbourne, Australia: The Royal Australian College of General Practitioners. 2007.
51. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(2):135-44.
52. Heydari G, Marashian M, Ahmady AE, Masjedi M, Lando H. Which form of nicotine replacement therapy is more effective for quitting smoking? A study in Tehran, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012;18(10):1005.
53. Heydari G, Marashian M, Emami H. Efficacy of Nicotine Patch in Combination with Trazodone in Smoking Cessation. *Tanaffos*. 2010;9(3):50-7.
54. Heydari G, Masjedi M, Ebnahmady A, Leischow SJ, Lando HA, Shadmehr MB, et al. A comparative study on tobacco cessation methods: a quantitative systematic review. *International journal of preventive medicine*. 2014;5(6):673-678.
55. Allan GM, Ivers N, Els C. Pharmacotherapy for smoking. *Canadian Family Physician*. 2011;(1):47-57.
56. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, J. L. Smoking cessation guidelines for Australian general practice: practice handbook Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2004.
57. Ratchford EV, Black III JH. Approach to smoking cessation in the patient with vascular disease. *Current treatment options in cardiovascular medicine*. 2011;13(2):91-102.
58. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud A, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European heart journal*. 2003;24(10):946-55.
59. Hunt JJ, Cupertino AP, Garrett S, Friedmann PD, Richter KP. How is tobacco treatment provided during drug treatment? *Journal of substance abuse treatment*. 2012;42(1):4-15.
60. Tsoh JY, Humfleet GL, Mu. Development of major depression after treatment for smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(3):368-74.
61. NIDA. Tobacco Addiction: National Institute on Drug Abuse 2012 [Available from: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/tobacco-nicotine>.
62. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American journal on addictions*. 2005;14(2):106-23.

63. Ait-Daoud N, Lynch WJ, Penberthy JK, Breland AB, Marzani-Nissen G, Johnson BA. Treating smoking dependence in depressed alcoholics. *Alcohol research and health*. 2006;29(3):213.
64. Women ACoHCfU, Practice ACoO. ACOG committee opinion. Number 316, October 2005. Smoking cessation during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(4):883.
65. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane Library*. 2006.
66. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane Library*. 2012.
67. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2010.
68. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006;6(1):1.
69. Varenicline for smoking cessation: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/TA123>].
70. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilbert SJ, Targett DA, Strahs KR. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(11):1267-76.
71. Bolliger CT, Zellweger J-P, Danielsson T, van Biljon X, Robidou A, Westin Å, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *Bmj*. 2000;321(7257):329-33.
72. Wallström M, Nilsson F, Hirsch JM. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical evaluation of a nicotine sublingual tablet in smoking cessation. *Addiction*. 2000;95(8):1161-71.
73. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD, Adams DP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs*. 2000;59(1):17-31.
74. Taghaddosi M, Vali GR. Behavioral habits and ischemic heart disease in Kashan, 1995. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2003;7(2):43-9.
75. Ziaaddini H, Kheradmand A, Vahabi M. Prevalence of Cigarette Smoking in Schizophrenic Patients Compared to Other Hospital Admitted Psychiatric Patients. *Addiction and Health*. 2010;1(1):38-43.
76. Tønnesen H, Nielsen P, Lauritzen J, Møller A. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British journal of anaesthesia*. 2009;102(3):297-306.
77. Ginn MB, Cox G, Heath J. Evidence-Based Approach to an Inpatient Tobacco Cessation Protocol. *AACN Advanced Critical Care*. 2008;19(3):268-78.
78. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Preventive medicine*. 2000;31(2):159-66.
79. Reid RD, Mullen K-A, D'Angelo MES, Aitken DA, Papadakis S, Haley PM, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine & tobacco research*. 2010;12(1):8-11.
80. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.
81. McNeill A, Owen L. Guidance for smokefree hospital trusts: Health Development Agency London; 2005.
82. Williams SC, Hafner JM, Morton DJ, Holm AL, Milberger SM, Koss RG, et al. The adoption of smoke-free hospital campuses in the United States. *Tobacco control*. 2009;18(6):451-8.
83. Theadom A, Cropley M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review. *Tobacco control*. 2006;15(5):352-8.

84. Freund M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R, McElduff P, Walsh RA, et al. Increasing smoking cessation care provision in hospitals: a meta-analysis of intervention effect. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;ntp056.
85. Wolfenden L, Campbell E, Walsh RA, Wiggers J. Smoking cessation interventions for in-patients: a selective review with recommendations for hospital-based health professionals. *Drug and alcohol review*. 2003;22(4):437-52.
86. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *The Lancet*. 2002;359(9301):114-7.
87. Campbell S, Pieters K, Mullen K-A, Reece R, Reid RD. Examining sustainability in a hospital setting: case of smoking cessation. *Implementation Science*. 2011;6(1):1.
88. Baghianimoghadam M, Mirhosseini S, Karimizarehi M. Routine or Verbal-Illustrative Education on Nicotine Dependency in Men After Coronary Artery Bypass Graft (CABG). 2012.
89. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Archives of internal medicine*. 2008;168(18):1950-60.
90. Møller AM, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2005.
91. Nouhi S, Naseri M, Teymouri M, Shafiei Ka, Memar Jm, Hamsi Sm, et al. Smoking Cessation after Coronary Artery Bypass Graft in Military Patients: Randomized Clinical Trial. 2010.
92. Balmford J, Borland R, Hammond D, Cummings KM. Adherence to and reasons for premature discontinuation from stop-smoking medications: data from the ITC Four-Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(2):94-102.
93. Ismailov RM, Leatherdale ST. Smoking cessation aids and strategies among former smokers in Canada. *Addictive behaviors*. 2010;35(3):282-5.
94. Reid RD, Mullen KA, Pipe AL. Systematic approaches to smoking cessation in the cardiac setting. *Current opinion in cardiology*. 2011;26(5):443-8.
95. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal (Online)*. 2008;121(1276).
96. McRobbie H, Hajek P. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction*. 2001;96(11):1547-51.
97. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*. 2000;284(20):2606-10.
98. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10(12):715-1691.
99. Farnam CR. Zyban: a new aid to smoking cessation treatment--will it work for psychiatric patients? *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 1999;37(2):36.
100. Johnson J, Macdonald S, Reist D, Bahadori K. Tobacco reduction in the context of mental illness and addictions: A review of the evidence. *Provincial Health Services Authority*, 2006.
101. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control*. 2004;13(2):206.-
102. Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, Humfleet GL, et al. Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug and alcohol dependence*. 2004;76(2):143-51.
103. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biological psychiatry*. 2008;63(11):1092-6.
104. Nikkhah Mr. *Diagnosis guide for mental disorders statistics DSM-IV*. iran1994.

105. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry*. 1992;149(9):1189-94.
106. Gilbert DG, Crauthers DM, Mooney DK, McClernon FJ, Jensen RA. Effects of monetary contingencies on smoking relapse: Influences of trait depression, personality, and habitual nicotine intake. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1999;7(2):174.
107. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150(4):546-93.
108. Dalack GW, Becks L, Hill E, Pomerleau OF, Meador-Woodruff JH. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 1999;21(2):195-202.
109. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(10):866-85.
110. Champion J, Checinski K, Nurse J, McNeill A. Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008;14(3):217-28.
111. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(6):368-78.
112. Lopes F, Nascimento I, Zin W, Valença A, Mezzasalma M, Figueira I, et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2002;35(8):961-7
113. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive behaviors*. 2004;29(6):1067-83.
114. Schaffer SD, Yoon S, Zadezensky I. A review of smoking cessation: potentially risky effects on prescribed medications. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(11):1533-40.
115. McFall M, Saxon AJ, Thaneemit-Chen S, Smith MW, Joseph AM, Carmody TP, et al. Integrating smoking cessation into mental health care for post-traumatic stress disorder. *Clinical Trials*. 2007;4(2):178-89.
116. Reichert J, Araújo AJd, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MdPU, et al. Smoking cessation guidelines-2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008;34(10):845-80.
117. Cunningham M, Litt J, Zwar N, Borland R, Stillman S, Richmond R. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. *Australian family physician*. 2005;34(6):461.
118. Fuller BE, Guydish J, Tsoh J, Reid MS, Resnick M, Zammarelli L, et al. Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *Journal of substance abuse treatment*. 2007;32(1):53-60.
119. Morris C, Waxmonsky J, Giese A, Graves M, Turnbull J. Smoking cessation for persons with mental illness: A toolkit for mental health providers. Denver, CO: State Tobacco Education and Prevention Partnership. 2009.
120. Knudsen HK, Studts JL. The implementation of tobacco-related brief interventions in substance abuse treatment: A national study of counselors. *Journal of substance abuse treatment*. 2010;38(3):212-9.
121. Nardini K, Anderson R. the National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NARSADAD).(2006). Alcohol research on prenatal alcohol exposure, prevention, and implications for state AOD. Systems State Issue Brief No. 2. Systems State Issue Brief. 2007 (2).
122. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(6):1144.
123. Lemon SC, Friedmann PD, Stein MD. The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addictive behaviors*. 2003;28(7):1323-31.

124. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of substance abuse treatment*. 2009;36(2):205-19.
125. Okoli CT, Khara M, Procyshyn RM, Johnson JL, Barr AM, Greaves L. Smoking cessation interventions among individuals in methadone maintenance: A brief review. *Journal of substance abuse treatment*. 2010;38(2):191-9.
126. Kodl M, Fu SS, Joseph AM. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? *Alcohol Research & Health*. 2006;29(3):203-8.
127. Richter KP, Choi WS, Alford DP. Smoking policies in US outpatient drug treatment facilities. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005;7(3):475-80.
128. Alcohol-Alert. Alcohol and Tobacco. Alcohol Alert: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA); 2007 [Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA71/AA71.htm>].
129. Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug and alcohol dependence*. 2006;82(2):91-102.
130. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*. 2006;145(11):845-56.
131. Ward KD, Kedia S, Webb L, Relyea GE. Nicotine dependence among clients receiving publicly funded substance abuse treatment. *Drug and alcohol dependence*. 2012;125(1):95-102.
132. White WL. Smoking and Addiction Recovery: For People in Recovery 2011 [Available from: www.williamwhitepapers.com].
133. McMorran M, Morawiecka I. Canadian adverse drug reaction newsletter. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;162(7):1044.
134. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2003;361(9370):1677-85.
135. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *Journal of studies on alcohol*. 2004;65(6):681-91.
136. Joseph AM, Nichol KL, Anderson H. Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes. *Addictive behaviors*. 1993;18(6):635-44.
137. McFall M, Atkins DC, Yoshimoto D, Thompson CE, Kanter E, Malte CA, et al. Integrating tobacco cessation treatment into mental health care for patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal on Addictions*. 2006;15(5):336-44.
138. Champion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in psychiatric treatment*. 2008;14(3):208-16.
139. Tavafian SS, Zadeh FR. Cigarette Smoking, Illicit Medicine, Substance and Alcohol Abuse among Pregnant Women: A Cross Sectional Study from Iran. *Int J Fertil Steril (IJFS)*. 2008;2(1).
140. Negahban T, Rezaeian M, ANSARI JA, Asami Z, Zareei T. Passive smoking during pregnancy and obstetric outcomes in pregnant women referring to Rafsanjan Nicknafs hospital. 2011.
141. Rabiey Poor S, Afshar Yavari S. The Effect of Passive Smoking by Pregnant Women on Newborns' Weight and Height. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2004;4(2):26-31.
142. Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Moafi F. Preterm Delivery and Psycho-Social Determinants of Health Based on World Health Organization Model in Iran: A Narrative Review. *Global journal of health science*. 2013;5(1):52.
143. Briggs GG. *Drugs In Pregnancy And Lactation, For Pda: A Reference Guide To Fetal And Neonatal Risk*: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

144. Steyn K, De Wet T, Saloojee Y, Nel H, Yach D. The influence of maternal cigarette smoking, snuff use and passive smoking on pregnancy outcomes: the Birth To Ten Study. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2006;20(2):90-9.
145. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane Library*. 2009.
146. Poletta FA, López-Camelo JS, Gili JA, Montalvo G, Castilla EE. Smoking and exposure to tobacco smoke among pregnant women in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010;27(1):56-65.
147. Wong S, Ordean A, Kahan M, Gagnon R, Hudon L, Basso M, et al. Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2011;33(4):367-84.
148. Bullock L, Everett KD, Mullen PD, Geden E, Longo DR, Madsen R. Baby BEEP: A randomized controlled trial of nurses' individualized social support for poor rural pregnant smokers. *Maternal and child health journal*. 2009;13(3):395-406.
149. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug safety*. 2001;24(4):277-322.
150. [Le Houezec J. What smoking cessation interventions are effective in pregnant women?. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2005;34:3S182-93.](Franch)
151. Pang D, McNally R, Birch J. Parental smoking and childhood cancer: results from the United Kingdom Childhood Cancer Study. *British journal of cancer*. 2003;88(3):373-81.
152. Haustein K. Cigarette smoking, nicotine and pregnancy. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 1999;37(9):417-27.
153. Mohammadkhani S. Prevalence of cigarette smoking, alcohol drinking and illegal drugs use among Iranian adolescents. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2012;19(1):32-48.
154. Gervais A, O'Loughlin J, Dugas E, Eisenberg MJ, Wellman R, DiFranza J. A systematic review of randomized controlled trials of youth smoking cessation interventions. *Drogues, santé et société*. 2007;6(1):283-316.
155. Strecher VJ, Bauman KE, Boat B, Fowler MG, Greenberg RA, Stedman H. The development and formative evaluation of a homebased intervention to reduce passive smoking by infants. *Health Education Research*. 1989;4(2):225-32.
156. Hackbarth DP. Preventing adolescent tobacco use and assisting young people to quit: population-, community-, and individually focused evidence-based interventions. *Nursing Clinics of North America*. 2012;47(1):119-40.
157. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;4.
158. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*. 1992;47(9):1102.
159. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA*. 1988;260(11):1570-4.
160. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2010. *Jama*. 2014;311(2):183-92.
161. Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKenna M. Change in tobacco use among 13—15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Global health promotion*. 2009;16(2 suppl):38-90.
162. Maziak W, Eissenberg T, Klesges R, Keil U, Ward K. Review on Narghile (Water Pipe, Shisha, Water Pipe) Smoking. 2004.

163. Tavafian S-S, Aghamolaei T, Zare S. Water pipe smoking and health-related quality of life: a population-based study. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2009;12(3).
164. Maziak W, Eissenberg T, Ward K. Patterns of waterpipe use and dependence: implications for intervention development. *Pharmacology Biochemistry and behavior*. 2005;80(1):173-9.
165. Organization WH. 2010 global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Document Production Services. 2010.
166. Sinha D, Gupta P, Ray C, Singh P. Prevalence of smokeless tobacco use among adults in WHO South-East Asia. *Indian journal of cancer*. 2012;49(4):342.
167. Henningfield JE, Radzius A, Cone EJ. Estimation of available nicotine content of six smokeless tobacco products. *Tobacco Control*. 1995;4(1):57.
168. Luo J, Ye W, Zendejdel K, Adami J, Adami H-O, Boffetta P, et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2007;369(9578):2015-20.
169. Cogliano V, Straif K, Baan R, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F. Smokeless tobacco and tobacco-related nitrosamines. *The lancet oncology*. 2004;5(12):708.
170. Xue J, Yang S, Seng S. Mechanisms of cancer induction by tobacco-specific NNK and NNN. *Cancers*. 2014;6(2):1138-56.
171. Khan Z, Khan S, Christianson L, Rehman S, Ekwunife O, Samkange-Zeeb F. Smokeless tobacco and oral potentially malignant disorders in South Asia: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*. 2016;5(1):142.
172. Farhadmolashahi L, Honarmand M, Rigiladiz MA. Prevalence of paan use among high school boys of Zahedan in 2007 and its contributory factors. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2009;16(3):263-9.
173. Ziaaddini Hassan Sa, Nakhaee Nouzar, Ziaaddini Ahmad. The Prevalence of at least One-Time Substance Abuse among Kerman Pre-University Male Students. *Quarterly Addiction and Health*. Summer-Fall 2010;2(3-4):103-10.
174. Walsh MM, Hilton JF, Masouredis CM, Gee L, Chesney MA, Ernster VL. Smokeless tobacco cessation intervention for college athletes: results after 1 year. *American Journal of Public Health*. 1999;89(2):228-34.
175. Glover ED, Glover PN, Sullivan CR, Cerullo CL, Hobbs G. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smokeless tobacco cessation. *American Journal of Health Behavior*. 2002;26(5):386-93.
176. Salti N, Chaaban J, Nakkash R, Alaouie H. The effect of taxation on tobacco consumption and public revenues in Lebanon. *Tobacco control*. 2013:tobaccocontrol-2012-050703.
177. Jawad M, Jawad S, Waziry RK, Ballout RA, Akl EA. Interventions for waterpipe tobacco smoking prevention and cessation: a systematic review. *Scientific reports*. 2016;6.
178. Patient Health Questionnaire (PHQ-9): Rad Psychological Clinic 2016 [Available from: <http://radclinic.ir/>, www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf].

