

مجله علوم تربیتی و روانشناسی

دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۲

دوره سوم، سال دهم، شماره‌های ۱ و ۲

صص: ۱-۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۸۰/۱۲/۱۱

بررسی مقاله: ۸۱/۷/۲۱

پذیرش مقاله: ۸۱/۴/۳

بررسی همه‌گیرشناسی مصرف سیگار در کارکنان ادارات دولتی اهواز و مقایسه اثربخشی روشهای رفتاری، رفتاری-آموزشی و رفتاری- دارویی در ترک سیگار با کنترل سن، مدت زمان مصرف و هیجان خواهی

دکتر بهمن نجاریان*

دکتر یداله زرگر*

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند*

دکتر جمال حقیقی*

چکیده

پژوهش حاضر از دو بخش همه‌گیرشناسی و ترک سیگار تشکیل شده است. ابتدا میزان شیوع استعمال سیگار در کارکنان ادارات دولتی بررسی شد و سپس اثربخشی چند روش ترک سیگار مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفتند. روش تحقیق مرحله اول، میدانی و مرحله دوم، آزمایشی میدانی بود. جمعیت پژوهشی، کارکنان ادارات و سازمانهای غیرصنعتی دولتی شهر اهواز بود. در این پژوهش از دو نمونه همه‌گیرشناسی و نمونه ترک استفاده شده است. نمونه همه‌گیرشناسی شامل ۱۳۳۴ نفر (۱۰۸۹ مرد و ۲۴۵ زن) بود که از بین ۲۶ اداره دولتی به طور تصادفی انتخاب شدند. نمونه دوم شامل ۱۳۵

* - عضو هیات علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

آزمودنی بود که از بین داوطلبان ترک سیگار، انتخاب و به طور تصادفی در یکی از ۵ گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. این گروهها عبارتند از: (۱) رفتاری، (۲) رفتاری-آموزشی، (۳) رفتاری-دارویی، (۴) دارونما و (۵) فهرست انتظار. در این تحقیق سه متغیر سن، سالهای مصرف سیگار و هیجان خواهی کنترل شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل یک پرسشنامه حاوی سؤالات همه گیرشناسی و مقیاس هیجان خواهی آرنوت (۱۹۹۴) بودند. آزمودنیها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یکماهه، از لحاظ تعداد مصرف روزانه سیگار مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج مرحله همه گیرشناسی نشان داد که ۲۳٪ کارکنان مرد و ۱۱٪ کارکنان زن به طور متوسط روزی ۹ نخ سیگار مصرف می کنند و میانگین سن شروع مصرف سیگار ۲۰/۹ سالگی است. نتایج مرحله ترک نشان داد که روش رفتاری تأثیر معنی داری در ترک سیگار نداشت، ولی روشهای رفتاری-آموزشی و رفتاری-دارویی تقریباً به یک اندازه باعث ترک سیگار شدند. متغیرهای سن، سالهای مصرف و هیجان خواهی نقش تعیین کننده ای در کاهش مصرف سیگار نداشتند.

کلید واژگان: مصرف سیگار، رفتاری، آموزشی، آدامس نیکوتین، ترک سیگار

مقدمه

استعمال دخانیات در واقع نوعی وابستگی روحی و روانی در فرد ایجاد می کند که بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) عبارت است از بروز حالتی روانی و گهگاه جسمانی که در نتیجه اثرهای متقابل دارو و یا مواد مخدر و موجود زنده بر یکدیگر ایجاد می گردد و توسط واکنشهای رفتاری و امثال آن مشخص می شود.

سیگار یکی از مهمترین علل بروز بیماریهای تنفسی، قلبی، عروقی و سرطانها است و شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان می باشد (مسجدی و همکاران، ۱۳۷۸). استعمال حتی یک نخ سیگار هم باعث افزایش تپش قلب و فشار خون نسبتاً بالا می شود (هالایا، ۱۹۹۲). براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، در دهه ۱۹۹۰ سالانه سه میلیون مرگ و میر ناشی از سیگار رخ می دهد که دو میلیون مرگ در کشورهای

¹ - World Health Organization

² - Halayya

و زنان سیگاری ۱۲ بار بیش از افراد غیرسیگاری، بر اثر سرطان ریه می‌میرند (میشرا^۳، ۲۰۰۰).

حدود ۵۰٪ کل بیماران سرپایی، ۷۰٪ بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، و تقریباً ۹۰٪ بیماران اسکیزوفرنیک سیگار می‌کشند. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی است که بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی در کوشش برای ترک سیگار بسیار کمتر از افراد عادی موفق هستند (کاپلان و سادوک، به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۵).

بر اساس اطلاعات مربوط به شیوع مصرف سیگار از ۸۷ کشور (که ۸۵٪ کل جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد)، WHO تخمین می‌زند که حدود ۱/۲۵ میلیارد سیگاری در جهان وجود دارد که تقریباً یک سوم جمعیت بالغین را شامل می‌شود (میشرا، ۲۰۰۰). به طور کلی ۴۷٪ مردان و ۱۲٪ زنان جهان سیگار می‌کشند. در کشورهای توسعه یافته ارقام به دست آمده ۴۲٪ در مردان و ۲۴٪ زنان می‌باشد. در کشورهای در حال توسعه حدود ۴۸٪ مردان و ۷٪ زنان سیگار می‌کشند

توسعه یافته و یک میلیون در کشورهای در حال توسعه است. اما در دهه‌های ۲۰۲۰ و اوایل ۲۰۳۰، پیش‌بینی می‌شود که سالانه ۱۰ میلیون مرگ رخ دهد که سه میلیون مرگ در کشورهای توسعه یافته و ۷ میلیون مرگ در کشورهای در حال توسعه خواهد بود. طبق این گزارش، در حال حاضر هر ۱۰ ثانیه یک مرگ به علت سیگار رخ می‌دهد که طی ۴۰-۳۰ سال آینده این رقم به یک مرگ در هر سه ثانیه خواهد رسید (مسجدی و همکاران، ۱۳۷۸).

مصرف سیگار باعث خطرانی همچون سرطان، انسداد رگها، بیماریهای تنفسی، اختلالات تولید نسل و تولد زودرس می‌شود (گیلبرت^۱، ۱۹۸۰). سیگار می‌تواند باعث ایجاد سرطان دهان، گلو، ریه، حنجره، مری، مثانه، کلیه، پانکراس، دهانه رحم و کبد شود. در کشور هندوستان، حدود نیمی از کل سرطانهای مردان و یک پنجم سرطانهای زنان مرتبط با سیگارند. بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماریهای آمریکا^۲ مردان سیگاری ۲۲ بار

¹ - Gilbert, I.

² - Center for Disease Control and Prevention

³ - Mishra

(ریچموند و می وو^۱ (۱۹۹۸) به نقل از مسجدی و همکاران، ۱۳۷۸). در ایران ۲۷/۲٪ مردان و ۳/۴٪ زنان سیگار می‌کشند (محمد، زالی، مسجدی و مجدزاده، ۱۳۷۷).

جالب توجه است که ۶۶/۳٪ از سیگاریهای ایرانی بین ۱۵ تا ۲۴ سالگی سیگار کشیدن را شروع می‌کنند (محمد، زالی، مسجدی و مجدزاده، ۱۳۷۷). بر اساس مطالعه محمد و همکارانش (۱۳۷۷)، ۱۴/۶٪ افراد ۱۶-۶۹ ساله کشور سیگار می‌کشند (یعنی حدود ۵/۵ میلیون نفر). میانگین مصرف در روز ۱۳/۶ نخ (انحراف معیار ۱۰/۳) می‌باشد. الگوی مصرف سیگار در مورد سن، مشابه با دیگر نقاط دنیا است، به طوری که با افزایش سن نسبت افراد سیگاری و مقدار مصرف افزایش می‌یابد و گرایش به استعمال دخانیات بین سنین ۱۵-۲۴ سالگی رو به فزونی است. مردان در کلیه سنین به طور قابل توجهی بیشتر از زنان سیگار می‌کشند. در مجموع ۱۶/۳٪ جامعه شهری و ۱۳/۵٪ در روستاها سیگاری هستند. در مطالعه فوق نشان داده شد که

۷۰/۶٪ مردان، سیگار کشیدن را بین ۲۴ تا ۱۵ سالگی و در دوران دبیرستان و پس از دیپلم (سربازی، دانشگاه و...) شروع کرده‌اند. در حالی که در زنان این نسبت نزدیک به ۴۰٪ است. در تحقیقی که بر روی کارکنان صنایع شهر اهواز انجام گرفت معلوم شد که ۲۵/۶٪ آنها سیگار می‌کشند و میانگین سن شروع مصرف در آنها ۲۱ سالگی می‌باشد (زرگر، ۱۳۷۸ الف).

تحقیقات گسترده در خصوص بررسی کارآیی روشهای مختلف درمانی برای ترک سیگار گزارش شده‌اند. در بررسی تأثیر برنامه آموزش دخانیات که توسط ریچموند و همکاران (۱۹۸۵) انجام شد، نشان داد میزان ترک در گروهی که تحت آموزش قرار گرفتند، پس از شش ماه ۳۳٪ بهبودی داشت و در گروه کنترل ۳٪ بود. در مطالعه دیگری توسط همین محققین (۱۹۹۳)، میزان ترک شش ماهه سیگاریها در گروهی که هم برنامه آموزش دخانیات و هم آدامس نیکوتین دریافت کردند ۱۹٪ و در گروهی که فقط تحت برنامه آموزش قرار گرفتند ۱۸٪ و در گروه دریافت کننده توصیه‌های مختصر و آدامس نیکوتین ۱۲٪ بود. در مطالعه دیگری ملاحظه شد که

^۱ - Richmond & Mivoo

حمایت دارویی. دو شرط درمانی، یکی در ۱۲ جلسه و دیگری در هشت جلسه، به کار گرفته شدند. آزمودنیها در دو موقعیت در یک دوره ۶ ماهه، طی چهار جلسه مورد پیگیری قرار گرفتند. نتایج اجرای این برنامه نشان داد که از ۹۴ آزمودنی که در ابتدا وارد برنامه شدند، ۶۹ نفر آن را به پایان رساندند. ۲۱ نفر سیگار را ترک کردند و پس از شش ماه از مصرف آن اجتناب نمودند، ۱۱ نفر ترک کردند اما مجدداً به مصرف آن روی آوردند، و ۱۴ آزمودنی دیگر سیگار را ترک کردند اما در آخرین جلسه پیگیری شرکت نکردند. ۲۳ آزمودنی سیگار را ترک نکردند، اما مصرف خود را کاهش دادند. این یافته‌ها تأثیر برنامه مورد نظر را تأیید نمودند.

مطالعه دیگری توسط لونبرگ^۳ و واگنر^۴ (۱۹۷۶) بر روی ۵۴ آزمودنی انجام شد. آزمودنیها به گروههای درمانی سیگار کشیدن سریع، حساسیت‌زدایی منظم و آرامش عضلانی گمارده شدند. در پایان درمان، همه روشها مؤثر بودند اگر چه سیگار کشیدن سریع اندکی برتر بود.

میزان ترک سیگار طی ۱۰ ماه ۲۱٪ بود (ریچموند و همکارانش، ۱۹۹۴). در مطالعات ریچموند و همکارانش (۱۹۸۵، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴) سه متغیر را به عنوان متغیرهای پیش بین تداوم ترک معرفی کردند. که عبارتند از: سن بالاتر، وقت گذرانی کمتر با سیگارها و انگیزه زیاد ترک.

لونتال^۱ (۱۹۷۰)، در مطالعه‌ای پیرامون تأثیر آموزش هیجانی بر روی افراد سیگاری، به این نتیجه رسید که آموزش مبتنی بر ایجاد ترس زیاد از طریق نمایش بیماران سیگاری صعب‌العلاج، ریه‌های بیمار و از این قبیل موارد، انگیزه ترک نسبتاً زیادی جهت ترک سیگار ایجاد می‌کند. اما اگر با روشهای رفتاری و توصیه‌هایی معین برای رفتار فرد همراه نباشد، نتیجه اندکی به بار می‌آورد.

در مطالعه دیگری که توسط لارا^۲ (۱۹۸۴) انجام شد، یک برنامه درمانی چند مدلی برای ترک سیگار شامل مؤلفه‌های زیر اجرا شد. روشهای خود-کنترلی، آموزش در مورد عوارض سیگار، روشهای پویایی گروهی، معاینات پزشکی و

³ - Levenberg

⁴ - Wagner

¹ - Leventhal

² - Lara

در رابطه با کارآئی روشهای مختلف ترک، گاه نتایج متناقض دیده می‌شود. به عنوان مثال، در خصوص تأثیر رفتار درمانی برخی از پژوهشگران دیدگاه کاملاً منفی و نامطلوبی ابراز نموده‌اند. لیختنشتاین^۱ و گلاسگو^۲ (۱۹۹۲) معتقدند شواهد بالینی کمی وجود دارد که رفتار درمانی مؤثرتر از سایر روشهاست و تعدادی از مطالعات بر عدم تأثیر آن تأکید کردند (مثلاً، راول^۳، ۱۹۷۸؛ لیختنشتاین، ۱۹۸۲؛ یارویس^۴، ۱۹۸۹ و هاجک^۵، ۱۹۹۴).

یک فراتحلیل جامع بر روی مطالعات ترک سیگار بعد از حداقل شش ماه پیگیری نشان داد مداخلات رفتاری تأثیر چندانی ندارند (لاو^۶ و تانگ^۷، ۱۹۹۵). به اعتقاد هاجک (۱۹۹۶)، عملاً میزان موفقیت مداخلات رفتاری حدود ۲٪ است، یعنی به اندازه توصیه مختصر پزشکان. در مقابل، برخی محققین از جمله محققینی که معتقدند مداخلات

رفتاری تأثیر چندانی ندارند، اظهار داشته‌اند که در مورد کارآیی روشهای جایگزین، نیکوتین قابل قبول است. چند فراتحلیل نشان داد درمانهای آدامس نیکوتین و برجسب نیکوتین مؤثر هستند (فیوره^۸، اسمیت^۹، یورنبای^{۱۰} و بیکر^{۱۱}، ۱۹۹۴، سیلاجی^{۱۲}، مان^{۱۳} و فاولر^{۱۴}، ۱۹۹۴ و تانگ و همکاران، ۱۹۹۴). در یک فراتحلیل اولیه نشان داده شد که آدامس نیکوتین ۶٪ و برجسب پوستی ۹٪ مؤثر هستند (تانگ، لاو و والد^{۱۵}، ۱۹۹۴).

وتر^{۱۶} و فورد^{۱۷} (۱۹۹۰)، تأثیر توصیه مستقیم از سوی یک پزشک برای ترک سیگار در کوتاه مدت در ۴۷۱ سیگاری مزمن بالای ۶۰ سال را مورد بررسی قرار دادند. این مداخله شامل توصیه چهره به چهره از یک پزشک بود و اطلاعات مربوط به ترک سیگار توسط یک پرستار پیگیری شد. در شش ماه پس از آن،

8 - Fiore

9 - Smith

10 - Jorenby

11 - Baker

12 - Silagy

13 - Mant

14 - Fowler

15 - Wald

16 - Vetter

17 - Ford

1 - Lichtenstein

2 - Glasgo

3 - Raw

4 - Jarvis

5 - Hajek

6 - Law

7 - Tang

محققین میزان ۱۴٪ ترک در مقابل ۹٪ در گروه گواه را گزارش دادند.

در تأیید کارآیی روشهای جایگزین نیکوتین، هیل و فیشر^۱ (۱۹۹۲) اظهار داشتند که سیگارهای مسن، احتمال کمتری دارد بدون کمک یک جایگزین مهم، در عادت خود تغییر دهند. درمان جایگزین نیکوتین به عنوان یک روش مؤثر برای سیگارهای جوان و میانسال توسط چندین محقق در نظر گرفته شده است (به عنوان مثال، کریستن^۲، مک دونالد^۳، السون^۴، دروک^۵ و استوکی^۶، ۱۹۸۴؛ کیلن، فورتمن^۷، نیومن و وارادی^۸، ۱۹۹۰).

در یک مطالعه ۸۲ سیگاری حداقل ۵۰ ساله که بیش از ۳۰ سال سابقه مصرف سیگار داشتند، به طور تصادفی در یکی از چهار گروه زیر قرار گرفتند: (۱) رفتار درمانی (تعداد ۲۲ نفر)، (۲) ترکیب رفتار درمانی و آدامس نیکوتین (تعداد ۲۲ نفر)،

(۳) ترکیب رفتار درمانی و تمرین بدنی (تعداد ۱۸ نفر) و (۴) تمرین بدنی (تعداد ۲۰ نفر). نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در خط پایه گروهها، از لحاظ سن، تعداد مصرف سیگار در روز، تعداد سالهای مصرف، خودکارآمدی برای مقابله با سیگار کشیدن و تحمل نیکوتین وجود نداشت. میزان ترک در سه گروه به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه بود. بین سه گروه از لحاظ میزان ترک تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. در کل در چندماه پیگیری، ۲۲ نفر موفق به ترک شدند. در این مطالعه نشان داده شد که ترک سیگار بستگی به سن ندارد. علاوه بر این، سالهای مصرف سیگار نیز نقشی در میزان موفقیت در ترک نداشته است. توانایی مقاومت در مقابل میل به سیگار کشیدن در میان افراد موفق در ترک، بالاتر بوده است (هیل^۹، ریگدن^{۱۰} و جانسون^{۱۱}، ۱۹۹۳).

در یک مطالعه تعداد ۱۳۹ آزمودنی تحت درمان ترکیبی رفتاری و آدامس نیکوتین، و رفتاری و دارونما قرار داده

-
- 1 - Fisher
 - 2 - Christen
 - 3 - McDonald
 - 4 - Olson
 - 5 - Drook
 - 6 - Stooky
 - 7 - Fortman
 - 8 - Varady

9 - Hill

10 - Rigdon

11 - Johnson

شدند. آدامس نسبت به دارونما بیشتر باعث کاهش مصرف سیگار شد. آزمودنیهایی که تحت درمان رفتاری و آدامس قرار گرفتند بیشتر موفق به ترک شدند. افراد سیگاری که نمره متوسط در یک ابزار اندازه‌گیری وابستگی جسمی به نیکوتین گرفتند بیش از افرادی که نمره بالا یا پایین گرفته بودند، از آدامس نیکوتین بهره گرفتند (هال^۱ و تانستال^۲، ۱۹۸۷).

مطالعه‌ای که توسط مینکر^۳، انلند^۴ و باخ کرمر^۵ (۱۹۹۲) انجام شد، تأثیر مداخلات رفتاری و برجسب نیکوتین را در پیشگیری از عود، مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه ۲۳۳ بزرگسال سیگاری را تحت روشهای آموزش رفتاری کنترل خود و برجسب نیکوتین قرار دادند و ۸۳ سیگاری دیگر به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تأثیر طولانی مدت مداخلات پیشگیری از عود معنی‌دار نبود.

ارتباط برخی ویژگیهای شخصیتی مثل هیجان خواهی با سیگار کشیدن در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. در رابطه با تحریک هیجان خواهی و کشیدن سیگار دو مطالعه توسط زاکرمن (۱۹۸۸) انجام شده است. در سال ۱۹۷۰، ۸۱٪ از دانشجویان دختر هیجان خواه بالا و ۴۲٪ دانشجویان دختر هیجان خواه پایین، تجربه سیگار کشیدن داشتند. در میان مردان رابطه‌ای میان هیجان خواهی و کشیدن سیگار مشاهده نشد، زیرا اکثریت افراد دو گروه گاهگاهی سیگار می‌کشیدند. نتایج به دست آمده از تحقیق دوم در سال ۱۹۸۶ که بر روی نمونه بزرگی (۱۰۶۱ نفر) از دانشجویان این دانشگاه انجام گرفت، حاکی از این است که هیجان خواههای بالا در برابر هیجان خواههای پایین در زمان تحقیق بیشتر سیگار می‌کشیدند (۲۰٪ در برابر ۹٪)، در میان کسانی که در گذشته سیگار می‌کشیدند هیجان خواههای بالا تقریباً دو برابر هیجان خواههای پایین هستند (۲۳٪ در برابر ۱۳٪). بیش از سه چهارم (۷۸٪) هیجان خواههای پایین هرگز سیگار نکشیده بودند، در حالی که این نسبت برای هیجان خواههای بالا (۵۷٪) بود. به

1 - Hall

2 - Tanstall

3 - Minneker

4 - Unland

5 - Buchkremer

عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که میان هیخان خواهی و کشیدن سیگار همبستگی مثبت وجود دارد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارکنان ادارات و سازمانهای دولتی غیرصنعتی شهر اهواز بود.

نمونه‌گیری مرحله همه‌گیرشناسی. به علت عدم دسترسی به فهرست کامل اسامی کارکنان جامعه تحقیق، از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. لذا، ابتدا ۳۰٪ ادارات دولتی غیرصنعتی یعنی ۲۶ سازمان به طور تصادفی انتخاب شدند و پس از آن حدود ۳۰٪ از کارکنان هر یک از ۲۶ اداره به طور تصادفی انتخاب و به سؤالات همه‌گیرشناسی پاسخ دادند. کل نمونه تحقیق شامل تعداد ۱۳۳۴ نفر (۱۰۸۹ مرد و ۲۴۵ زن) با میانگین سنی ۳۶/۶۸ و انحراف استاندارد ۸/۷۵ بود. از لحاظ سطح تحصیلات، ۱۵/۴٪ زیر دیپلم، ۳۲/۸٪ دیپلم و ۵۰/۱٪ نیز بالای دیپلم هستند. ۸۰٪ آنها متأهل و ۲۰٪ مجرد می‌باشند.

نمونه‌گیری مرحله آزمایشی. نمونه بخش آزمایش شامل تعداد ۱۵۰ نفر از کارکنان مرد شاغل در ادارات و سازمانهای شهر اهواز بود که از بین آزمودنیهایی که در مرحله همه‌گیرشناسی به عنوان معنادار به سیگار شناسایی شده و داوطلب شرکت در جلسات ترک سیگار بودند، به طور تصادفی انتخاب شدند. این آزمودنیها به طور تصادفی به گروههای آزمایشی و گواه (۱- رفتاری، ۲- رفتاری- آموزشی، ۳- رفتاری- آدامس نیکوتین ۴- دارونما و ۵- فهرست انتظار) گمارده شدند. علی‌رغم تشکیل جلسات در محل ادارات و پیگیری مستمر جهت حضور آزمودنیها، جلسات ترک سیگار با افت ۹ آزمودنی به پایان رسیدند. به منظور مساوی نمودن تعداد آزمودنی هر گروه، تعدادی آزمودنی به طور تصادفی از گروههای بزرگتر حذف شدند و در نهایت گروهها به ۲۷ نفر تقلیل یافتند. به عبارت دیگر، تعداد کل آزمودنیها ۱۳۵ نفر با میانگین سنی ۴۲ و انحراف استاندارد ۶/۸۸ سال می‌باشد. از لحاظ سطح تحصیلات، ۴۵/۷٪ زیر دیپلم، ۳۷/۸٪ دیپلم و ۱۶/۳٪ نیز بالای دیپلم هستند. ۸/۹۴٪ آنها متأهل و ۲/۵٪ مجرد می‌باشند.

شیوه‌های مداخله (ترک)

۱. شیوه رفتاری (هدفگذاری^۱ و خودپایی^۲).

به طور کلی درمانهای رفتاری شامل طیف وسیعی از مداخلات هستند. این موارد از توصیه دو دقیقه‌ای پزشک خانواده گرفته تا درمانهای شدید مانند سیگار کشیدن افراطی و انزجار درمانی را در برمی‌گیرند (هاجک، ۱۹۹۶).

روشهای هدفگذاری و خودپایی که زیر مجموعه روش کلی‌تری به نام کنترل خود^۳ هستند، معمولاً با هم به کار گرفته می‌شوند. روش کنترل خود زمانی رخ می‌دهد که شخص با کنترل رفتار خود در یک زمان، به کنترل وقوع رفتار دیگر (رفتار هدف) در زمان دیگر می‌پردازد (واتسون^۴ و تارپ^۵، ۱۹۹۳؛ یتس^۶، ۱۹۸۶). یکی از کاربردهای کنترل خود، کاهش یا حذف رفتارهای نامطلوب افراطی می‌باشد که تأثیر منفی بر زندگی آینده شخص دارد. به عنوان مثال، پرخوری، مصرف

سیگار و الکل و قماربازی رفتارهای نامطلوبی هستند که برای کنترل آنها می‌توان از کنترل خود استفاده نمود. در کنترل خود، از راهبردهای گوناگونی از جمله هدفگذاری و خودپایی استفاده می‌شود (کاربرد این روشها جهت ترک سیگار به شیوه ترکیبی از کاهش تدریجی^۷ و ترک یکباره یا بوقلمون سرد^۸ انجام گرفتند). با توجه به این که هر یک از این روشها مزایا و محدودیتهایی دارند، با به کار بردن هر دو روش تا حدی از محدودیتهای آنها کاهش می‌یابد. ابتدا از روش کاهش تدریجی استفاده می‌شود و این مرحله به عنوان مرحله آماده سازی جهت رفتن به سوی "روز ترک"^۹ مورد استفاده قرار می‌گیرد. معمولاً پس از رسیدن تعداد سیگار کشیده شده در یک روز به پنج تا هفت نخ، فرد تحت درمان ترک یکباره قرار می‌گیرد.

ترک ناگهانی، اغلب فشارآور است و می‌تواند سبب بروز علائم ترک تنباکو شود. با وجود این، احتمال کمتری برای عود دارد. از سوی دیگر، یکی از عواقب

¹ - goal-setting

² - self-monitoring

³ - self-management

⁴ - Watson

⁵ - Tharp

⁶ - Yates

⁷ - gradual withdrawal

⁸ - cold turkey

⁹ - cessation day

تدریجی در مصرف صورت گرفت و پس از آن ترک ناگهانی آغاز گردید.

۲. شیوه رفتاری - آموزشی: در این روش علاوه بر به کارگیری روش رفتاری (مطابق بند ۱)، آموزش به افراد سیگاری پیرامون عوارض جسمی، روانی، خانوادگی و اقتصادی و فواید ترک به صورت رو در رو و تصویری به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) انجام شد.

۳. شیوه رفتاری - دارویی (آدامس نیکوتین): در این روش علاوه بر به کارگیری رفتار درمانی (مطابق بند ۱)، از آدامس نیکوتین نیز استفاده شد. آدامس نیکوتین، اولین درمان جایگزین نیکوتین بود که در حال حاضر به طور تجاری با مقادیر دو میلی‌گرم در دسترس است. آزمودنیهایی که تحت درمان دارویی قرار گرفته بودند، در دوره درمان روزی یک الی پنج عدد آدامس نیکوتین (بسته به تعداد کاهش مصرف سیگار) به مدت پنج هفته مصرف می‌کردند. این افراد زمانی از آدامس نیکوتین استفاده می‌کردند که میل شدیدی به مصرف سیگار داشتند.

منفی کاهش تدریجی این است که این شیوه شدیداً فرد سیگاری را متقاعد می‌کند که به طور اساسی نیازمند سیگار است (مسجدی، حیدری و آذری پورماسوله، ۱۳۷۸).

طبق یک برنامه معین، پس از تعیین خط پایه مصرف سیگار، اهداف مورد نظر برای یک ماه به تفکیک هر روز مشخص شد. هدف مورد نظر این بود که فرد سیگاری به مدت دو هفته روزی ۵ تا ۱۰٪ از تعداد خط پایه کاهش دهد. پس از رسیدن به تعداد پنج تا هفت نخ در روز یکباره کشیدن سیگار قطع گردد و در همان شرایط بدون مصرف باقی بماند. کلیه تغییرات در روند ترک علاوه بر این که در جدول مربوط ثبت شدند، نمودار تغییر در مصرف رسم شد و در هر جلسه مورد توجه فرد سیگاری، درمانگر و سایر اعضای گروه ترک سیگار قرار گرفت و در صورت موفقیت در رسیدن به هدف تعیین شده، مورد تشویق کلامی قرار گرفت.

در مجموع، آزمودنیها ۱۰ جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) تحت درمان قرار گرفتند. تا جلسه ششم، کاهش

آزمودنیهای پنج گروه با آزمونهای مورد نظر تحقیق در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند:

الف) پیش آزمون که قبل از اعمال آزمایشی انجام گرفت.

ب) پس آزمون که در پایان اعمال آزمایشی انجام گرفت.

پ) پیگیری که یکماه پس از پایان اعمال آزمایشی انجام گرفت.

ابزار تحقیق

۱. پرسشنامه همه گیرشناسی مصرف سیگار

اغلب مطالعات انجام شده در ایران در زمینه همه گیرشناسی مصرف سیگار، از پرسشنامه های محقق ساخته استفاده نموده اند. لذا پرسشنامه استاندارد در این زمینه وجود ندارد. در پژوهش حاضر نیز تعدادی سؤال به عنوان پرسشنامه همه گیرشناسی تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

در این پرسشنامه علاوه بر مشخصات فردی آزمودنیها، تجربه مصرف سیگار، سن شروع مصرف سیگار، تعداد سیگار مصرفی در روز، مدت زمان مصرف

سیگار، تمایل و سابقه اقدام به ترک و مصرف سیگار در اعضای خانواده مورد بررسی قرار گرفته است. ابزار مورد استفاده شامل تعدادی سؤال مقدماتی که همه افراد شامل سیگاریها و غیرسیگاریها به آنها پاسخ می دادند و چند سؤال ویژه افراد سیگاری بود. در مجموع ۱۳ سؤال تهیه شد. چهار سؤال اول هم با هدف ایجاد رابطه و کاهش مقاومت افراد و هم در ارتباط با عوارض و عوامل مصرف سیگار نظرات افراد را مورد بررسی قرار می داد. سؤال ششم، مصرف سیگار (و میزان مصرف در روز) یا عدم مصرف آن را مورد بررسی قرار می دهد. سؤالات ۷ تا ۱۳ که فقط توسط افراد مصرف کننده سیگار پاسخ داده می شد، سن شروع، سن اولین تجربه سیگار کشیدن، مهمترین موقعیت مؤثر در سیگاری شدن، اهمیت نقش دوستان، میزان هزینه ماهانه جهت سیگار، سابقه اقدام به ترک و میزان تمایل به ترک سیگار را مورد پرسش قرار دادند. در پایان سؤالاها، مشخصات فردی شامل جنس، سن، تاهل و سطح تحصیلات مورد پرسش قرار گرفته شده است. این سؤالات قبل از اجرای نهایی، ابتدا توسط

خواهی هدایت شده که با نیاز به تازگی و شدت محرک به عنوان دو محور فرعی مشخص شده است. همچنین به جای تأکید بر هر گونه پایه ژنتیک و بیولوژیک (که در فرم پنجم زاکرمن مدنظر بود)، این مقیاس به نقش جامعه‌پذیری و تعامل اجتماعی در هدایت رفتار توجه دارد (آرنت، به نقل از پوروفایی، ۱۳۷۶). بسیاری از ماده‌ها در مقیاس جدید، در رابطه با حس خاصی ساخته شده است (مثل بینایی، شنوایی، لامسه، بویایی، چشایی و حس جنبشی). به طور کلی، غرض از ساختن مقیاس پیش بینی انواع گسترده رفتار است که در آنها میل به تازگی و شدت تجربه حسی دیده می‌شود. **اعتبار^۶ و پایایی^۷**: دو مطالعه در حمایت از اعتبار و پایایی مقیاس AISS انجام شده است. در مطالعه اول که بر روی نوجوانان دبیرستانی انجام شده بود، پایایی برای کل مقیاس ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ متفاوت بود. برای مقیاسهای فرعی از ۰/۵۶ تا ۰/۸۲ متفاوت بود. همبستگی بین مقیاس آرنت و زاکرمن برای کل مقیاس (۰/۴۱) و برای مقیاسهای فرعی از (۰/۰۸) تا (۰/۴۷) بود.

⁶ - Validity

⁷ - reliability

۴۰ نفر به عنوان بررسی مقدماتی تکمیل شدند و ابهامات و اشکالات آن رفع شد.

۲. مقیاس هیجان خواهی آرنت^۱

مقیاس هیجان خواهی آرنت (AISS) در سال ۱۹۹۲ توسط جفری آرنت ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ ماده است که شامل دو خرده مقیاس تنوع طلبی^۲ (ماده‌های فرد) و شدت هیجان^۳ (ماده‌های زوج) می‌باشد. این مقیاس با خرده مقیاس رفتار مخاطره‌آمیز پرسشنامه روانشناختی کالیفرنیا^۴ (CPI) و با مقیاس هیجان خواهی زاکرمن^۵ (SSS) همبستگی بالایی دارد. همچنین بین مقیاس هیجان خواهی آرنت (AISS) و خرده مقیاس پرخاشگری پرسشنامه کالیفرنیا (CPI) رابطه معنی‌داری وجود دارد (آرنت، ۱۹۹۴).

مقیاس هیجان خواهی آرنت، با اجتناب از محدودیتهای فرم پنجم زاکرمن در پی کشف رابطه هیجان خواهی با انواع گوناگون رفتار توسط "آرنت" ساخته شده است. مقیاس آرنت با مفهومی از هیجان

¹ - Arnett Inventory of Sensation Seeking

² - Novelty subscale

³ - Intensity subscale

⁴ - California Psychological Inventory

⁵ - Zuckerman Sensation seeking scale

هیجان خواهی نوجوانان با پرخاشگری همبستگی وجود داشت ($P < 0/0001$)، $r = 0/32$.

در مجموع هیجان خواهی در این مقیاس به عنوان میل شخصی به تازگی و شدت تجربه در نظر گرفته شده است. خصوصیات روانسنجی مقیاس هیجان خواهی آرت در ایران توسط پوروفایی (۱۳۷۶) ارزیابی شده است. ضریب آلفای به دست آمده برای این مقیاس (۰/۶۵) است. مقیاس هیجان خواهی آرت به طور همزمان با فرم پنج زاگرم اجرا شد و ملاحظه شد که ضرایب همبستگی برای کل محور تازگی با چهار محور زاگرم معنی دار بود. ضرایب همبستگی کل

به طور کلی، مقیاس شدت قوی تر از مقیاس تازگی با رفتار خطرجویی همبستگی داشت. همسانی درونی برای کل مقیاس (۰/۷۰) برای شدت (۰/۶۴) و برای تازگی (۰/۵۰) بود.

در مطالعه دوم علاوه بر مقیاس AISS و سؤالات در مورد رفتار خطرجویی، مقیاس فرعی پرخاشگری از پرسشنامه روانشناختی کالیفرنیا (CPI) با هدف آزمایش کردن اعتبار سازه مقیاس جدید استفاده شد. در این مطالعه مانند مطالعه اول AISS با انواع گوناگونی از رفتار مخاطره آمیز همبستگی داشت. ملاحظه شد که نوجوانان هیجان خواهی بالاتری نسبت به بزرگسالان در مقیاس جدید نشان می دهند. همچنین در این مطالعه بین

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنیها بر حسب جنس

کل کارکنان		کارکنان زن		کارکنان مرد		مصرف سیگار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸۱	۱۰۸۱	۹۸/۸	۲۴۲	۷۷	۸۳۹	اصلاً سیگار نمی کشم
۲/۲	۲۹	۰	۰	۲/۷	۲۹	هفته ای ۱ نخ
۶/۸	۹۰	۰/۴	۱	۸/۱	۸۹	روزی ۱ تا ۵ نخ
۳	۴۰	۰/۸	۲	۳/۵	۳۸	روزی ۶ تا ۱۰ نخ
۲/۵	۳۳	۰	۰	۳	۳۳	روزی ۱۱ تا ۱۵ نخ
۳/۱	۴۱	۰	۰	۳/۸	۴۱	روزی ۱۶ تا ۲۰ نخ

۱/۵	۲۰	۰	۰	۱/۸	۲۰	بیش از ۲۰ نخ
۱۰۰	۱۳۳۴	۱۰۰	۲۴۵	۱۰۰	۱۰۸۹	جمع

مقیاس آرنت با محورهای تجربه‌جویی، اجتناب از بازداری و ملال‌پذیری و کل مقیاس زاگرمین ($\alpha=0/41$) معنی‌دار بود.

یافته‌ها

۱. وضعیت مصرف سیگار در کارکنان ادارات دولتی اهواز چنان که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، ۱۹/۱٪ کل نمونه مورد بررسی، سیگار می‌کشند. در بین مردان ۲۳٪ و در زنان تنها ۱/۲٪ اظهار کردند اقدام به مصرف سیگار می‌کنند. ۲/۲٪ افراد هفته‌ای یک نخ، ۲/۵٪ روزی یک نخ و ۱۲/۹٪ حداقل روزی دو و حداکثر ۲۰ نخ سیگار می‌کشند، و ۱/۵٪ دیگر در روز بیشتر از ۲۰ نخ می‌کشند. میانگین تعداد مصرف در روز به طور تقریبی ۹ نخ می‌باشد.

۲. سن شروع سیگار کشیدن میانگین سن شروع سیگار کشیدن در کارکنان ادارات دولتی شهر اهواز ۲۰/۹ سالگی (انحراف استاندارد ۴/۷۷) با حداقل ۱۰ و حداکثر ۴۰ سالگی می‌باشد. چنان که در جدول (۲) مشاهده می‌گردد، بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۱۸ تا ۲۱ سالگی است. تنها حدود ۲٪ سیگاریهای پژوهش حاضر پس از سن ۳۰ سالگی شروع به سیگار کشیدن نمودند. بین سن شروع و تعداد مصرف در روز رابطه منفی معنی‌داری (هر چند ضعیف) وجود دارد ($P<0/007, r=-0/18$).

۳. میانگین و انحراف معیار تعداد مصرف سیگار گروهها در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۲. توزیع فراوانی آزمودنیهای سیگاری بر حسب سن شروع مصرف سیگار

محدوده سنی	تعداد	درصد
۱۰ تا ۱۳ سالگی	۸	۳/۴۶
۱۴ تا ۱۷ سالگی	۳۹	۱۶/۸۸
۱۸ تا ۲۱ سالگی	۹۹	۴۲/۸۶

۲۴/۶۷	۵۷	۲۵ تا ۲۲ سالگی
۹/۵۷	۲۳	۳۰ تا ۲۶ سالگی
۲/۱۶	۵	۴۰ تا ۳۱ سالگی
۱۰۰	۲۳۱	جمع

جدول (۳) شاخصهای توصیفی تعداد مصرف سیگار در گروهها را به تفکیک سه مرحله نشان می‌دهد. حداقل و حداکثر تعداد مصرف سیگار در روز ۵ و ۳۸ نخ، در گروه فهرست

انتظار است. میانگین کل پیش آزمون تعداد مصرف روزانه سیگار در آزمودنیها ۱۷/۴۴ می‌باشد. پایین‌ترین میانگین ۱۵/۷۴ مربوط به گروه دارونما و بالاترین میانگین مربوط به گروه رفتاری- دارویی ۱۹ است.

جدول ۳. شاخصهای توصیفی تعداد مصرف سیگار گروهها در مرحله پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتاری	۱۷/۶۳	۴/۴۷	۱۴/۰۴	۵/۵۷	۱۴/۳۳	۵/۷۰
رفتاری- آموزشی	۱۶/۳۳	۳/۳۴	۸/۲۲	۵/۶۳	۸/۵۲	۵/۵۸
رفتاری- دارویی	۱۹	۵/۲۶	۸/۶۷	۵/۲۳	۹/۱۵	۵/۵۰
گواه	۱۵/۷۴	۴/۳۶	۱۴/۶۷	۵/۰۳	۱۴/۸۱	۴/۸۴
فهرست انتظار	۱۸/۴۸	۹/۱۲	۱۹/۳۷	۸/۹۸	۱۹/۳۳	۸/۹۶
کل	۱۷/۴۴	۵/۷۲	۱۲/۹۹	۷/۴۴	۱۳/۲۳	۷/۳۸

در مرحله پس آزمون حداقل تعداد مصرف سیگار در روز صفر، در گروههای رفتاری- دارویی و رفتاری- آموزشی است و حداکثر ۳۸ نخ، در گروه فهرست انتظار است. میانگین کل پس آزمون تعداد مصرف سیگار در آزمودنیها ۱۲/۹۹ می‌باشد. پایین‌ترین میانگین ۸/۲۲ مربوط به گروه رفتاری- آموزشی و بالاترین میانگین ۱۹/۳۷ مربوط به گروه فهرست انتظار است.

در مرحله پیگیری (یکماهه) حداقل تعداد مصرف سیگار در روز، صفر در گروههای رفتاری- دارویی و رفتاری- آموزشی است و حداکثر ۳۸ نخ، در گروه

فهرست انتظار است. میانگین کل پیگیری تعداد مصرف سیگار در آزمودنیها ۱۳/۲۳ می‌باشد. پایین‌ترین میانگین ۸/۵۲ مربوط به گروه رفتاری- آموزشی و بالاترین میانگین مربوط به گروه فهرست انتظار ۱۹/۳۳ است.

۴. میانگین و انحراف معیار تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) و (پیش آزمون- پیگیری) تعداد مصرف سیگار در گروهها چنان که در جدول (۴) آمده، حداقل تفاضل پیش آزمون از پس آزمون مصرف

سیگار در روز، ۹- در گروه فهرست انتظار است. به عبارت دیگر، در پس آزمون ۹ نخ در روز نسبت به پیش آزمون افزایش یافته و حداکثر ۲۴ نخ، در گروه رفتاری- دارویی، یعنی در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است.

میانگین کل تفاضل پیش آزمون- پس آزمون تعداد مصرف سیگار در آزمودنیها ۴/۴۴ می‌باشد. پایین‌ترین میانگین

جدول ۴. شاخصهای توصیفی تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) و (پیش آزمون- پیگیری) تعداد مصرف سیگار در گروهها

گروه	تفاضل پیش آزمون- پس آزمون		تفاضل پیش آزمون- پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتاری	۳/۵۹	۳/۵۹	۳/۳۰	۳/۶۹
رفتاری- آموزشی	۸/۱۱	۵/۳۷	۸/۸۱	۵/۲۶
رفتاری- دارویی	۱۰/۳۳	۶/۰۸	۹/۸۵	۶/۰۳
گواه	۱/۰۷	۱/۵۷	۰/۹۳	۱/۲۷
فهرست انتظار	۰/۹۳-	۲/۹۳	۰/۸۵-	۲/۷۳
کل	۴/۴۴	۵/۹۴	۴/۲۱	۵/۷۷

۰/۹۳- مربوط به گروه فهرست انتظار و بالاترین میانگین مربوط به گروه رفتاری- دارویی ۱۰/۳ است. به عبارت دیگر، در گروه رفتاری- دارویی بیش از سایر گروهها کاهش مصرف دیده می‌شود. از سوی دیگر، در گروه فهرست انتظار به طور متوسط حدود یک نخ در روز افزایش مشاهده می‌گردد.

به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق، ابتدا از آزمون تحلیل کواریانس (با کنترل متغیرهای سن، سالهای مصرف و هیجان خواهی) استفاده شد. سپس، به دلیل تکرار ارزیابی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون پیگیری توکی استفاده شد.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول (۵) نشان می‌دهد بین میانگین تفاضل پیش آزمون- پس آزمون در گروهها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روشهای مداخله، با کنترل متغیرهای سن، سالهای مصرف سیگار و هیجان خواهی در ترک سیگار مؤثرند.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول (۶)

حداقل تفاضل پیش آزمون از پیگیری مصرف روزانه سیگار، ۹- در گروه فهرست انتظار است. به عبارت دیگر در پیگیری ۹ نخ در روز نسبت به پیش آزمون افزایش یافته و حداکثر ۲۴ نخ، در گروه رفتاری- دارویی، یعنی در پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است. میانگین کل تفاضل پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف سیگار در آزمودنیها ۴/۲۱ می‌باشد. پایین‌ترین میانگین ۰/۸۵- مربوط به گروه فهرست انتظار و بالاترین میانگین مربوط به گروه رفتاری- دارویی ۹/۸۵ است. به عبارت دیگر، در گروه رفتاری- دارویی بیش از سایر گروهها کاهش مصرف دیده می‌شود. از سوی دیگر، در گروه فهرست انتظار به طور متوسط حدود یک نخ در روز افزایش مشاهده می‌گردد.

جدول ۵. مقایسه تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) تعداد مصرف سیگار در گروهها (با کنترل متغیرهای

سن، سالهای مصرف و هیجان خواهی) از طریق تحلیل کواریانس

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۲۹/۳۶	۵۲۰/۱۳	۴	۲۰۸۰/۵۲	گروهها
		۱۷/۷۲	۱۲۷	۲۲۴۹/۹۴	خطا
			۱۳۵	۷۳۹۳	مجموع کل

جدول ۶. مقایسه تفاضل (پیش آزمون- پیگیری) تعداد مصرف سیگار در پنج گروه، با کنترل متغیرهای سن، سالهای مصرف و هیجان خواهی از طریق تحلیل کواریانس

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۱	۲۹/۰۳	۴۹۳/۵۱	۴	۱۹۷۴/۰۴	گروهها
		۱۷	۱۲۷	۲۱۵۹/۲۰	خطا
			۱۳۵	۶۸۵۸	مجموع کل

نشان می‌دهد بین میانگین تفاضل پیش آزمون- پیگیری در گروهها تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روشهای مداخله، با کنترل متغیرهای سن، سالهای مصرف سیگار و هیجان خواهی در ترک سیگار مؤثرند. متغیرهای کنترل هیچ کدام معنی دار نیستند و لذا نقش تعیین کننده‌ای در تأثیر روشهای ترک ندارند. همان طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، بین تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف روزانه سیگار در پنج گروه تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها با اندازه‌گیری مکرر بر روی تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف روزانه سیگار در گروهها

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
					بین آزمودنیها
۰/۰۰۱	۳۳/۰۲	۱۱۵/۴۶	۴	۴۶۱۷/۸۴	گروهها
		۳۴/۹۶	۱۳۰	۴۵۴۴/۶۳	درون خانه‌ای

جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها را با اندازه‌گیری مکرر تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف روزانه سیگار در پنج گروه نشان می‌دهد. همان طور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، بین تفاضل نمره‌های عامل

جدول ۸. خلاصه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها با اندازه‌گیری مکرر بر روی تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف روزانه سیگار در گروهها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
درون آزمودنیها					
عامل	۳/۵۶	۱	۳/۵۶	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱
عامل* گروهها	۲/۳۱	۴	۰/۵۸	۱/۹۴	۰/۱۰۷
خطا	۳۸/۶۳	۱۳۰	۰/۳۰		

جدول ۹. مقایسه تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تعداد مصرف روزانه سیگار در گروهها با آزمون توکی

میانگین	گروهها	۲	۳	۴	۵
۳/۴۴	۱. رفتاری	*	*		*
۷/۹۶	۲. رفتاری- آموزشی			*	*
۱۰/۰۹	۳. رفتاری- دارویی			*	*
۱/۰	۴. گواه	*	*		
-۰/۸۹	۵. فهرست انتظار	*	*		

(پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در خصوص میزان شیوع استعمال سیگار در میان کارکنان ادارات اهواز، ملاحظه شد که ۲۳٪ مردان و ۱/۲٪ زنان، سیگار مصرف می‌کنند. این میزان شیوع بر

ضرورت توجه و عنایت بیشتر به این معضل اجتماعی و بهداشتی اشاره دارد. همچنین، با توجه به اینکه بیشترین میزان شروع مصرف سیگار در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهد، این یافته به نوبه خود به بررسیهای دقیقتر و همه جانبه‌تری نیاز دارد تا زمینه‌های بروز این فراوانی به آن مشخص‌تر گردد.

(۱۹۷۸)، لیختنشتاین (۱۹۸۲)، یارویس (۱۹۸۹) و هاجک (۱۹۹۴) هماهنگی دارد. رد شدن فرضیه اول را می‌توان بدین ترتیب توجیه نمود که، با توجه به اهمیت انگیزه ترک در موفقیت افراد سیگاری، روشهای رفتاری به تنهایی شیوه‌های نسبتاً خشکی هستند که انگیزه کافی برای ترک ایجاد نمی‌کنند. در صورتی که با روشهای دیگر همچون آموزش همراه باشد و آگاهی لازم در زمینه عوارض مصرف سیگار کسب نماید، انگیزه ترک در این افراد افزایش می‌یابد.

فرضیه دوم: روش رفتاری- آموزشی ترک سیگار، با کنترل هیجان خواهی، سن و مدت زمان سیگار کشیدن، در کاهش مصرف سیگار در کارکنان مرد ادارات دولتی اهواز تأثیر دارد.

چنانچه ملاحظه شد، بین گروه رفتاری- آموزشی و گروه دارونما، و همچنین بین گروه رفتاری- آموزشی و گروه فهرست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بین میانگین کاهش مصرف سیگار در گروه رفتاری- آموزشی و دارونما از یکسو، و بین گروه رفتاری آموزشی و گروه فهرست انتظار نیز تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. به عبارت دیگر، تأثیر روش

در خصوص نتایج حاصل از فرضیه آزمایشی به عمل آمده، مطالب ذیل قابل توجه و تأمل هستند:

فرضیه اول: روش رفتاری ترک سیگار، با کنترل هیجان خواهی، سن و مدت زمان سیگار کشیدن، در کاهش مصرف سیگار در کارکنان مرد ادارات دولتی اهواز تأثیر دارد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، بین میانگین کاهش مصرف سیگار در گروه رفتاری و گواه تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود، اما با گروه فهرست انتظار این تفاوت معنی‌دار است. از سوی دیگر، بین گروه دارونما و فهرست انتظار تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌گردد. به عبارت دیگر، تأثیر روش رفتاری در مقایسه با گروه فهرست انتظار تأیید شده، در حالی که در مقایسه با گروه دارونما رد شده است. بنابراین، اگر چه با گروه فهرست انتظار تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌گردد، با توجه به این که بین گروه دارونما و فهرست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، و گروه دارونما گروه گواه مهمتری محسوب می‌شود، می‌توان گفت فرضیه اول پژوهش رد شده است. این یافته با نتایج تحقیقات لونتال (۱۹۷۰)، راو

رفتاری- آموزشی در مقایسه با گروههای دارونما و فهرست انتظار تأیید شده است. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش تأیید شده است. یافته‌ای که با نتایج مطالعات ریچموند و همکاران (۱۹۸۵، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴) هماهنگی دارد. بویژه اگر آموزش همراه با تصاویر و فیلم از صحنه‌های ریه‌های بیمار، بیماران سرطانی و بیماریهای صعب‌العلاج باشد، انگیزه ترک را در آنها افزایش می‌دهد.

فرضیه سوم: روش رفتاری- دارویی ترک سیگار، با کنترل هیجان خواهی، سن و مدت زمان سیگار کشیدن، در کاهش مصرف سیگار در کارکنان ادارات دولتی اهواز تأثیر دارد.

چنان که در بخش یافته‌ها ملاحظه شد، در ارتباط با فرضیه سوم، آزمون توکی دو تفاوت معنی‌دار بین گروهها را به دست آورد که عبارتند از: ۱) بین گروه رفتاری- دارویی (آدامس نیکوتین) با گروه دارونما و ۲) بین گروه رفتاری- دارویی با گروه فهرست انتظار.

این نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین کاهش مصرف سیگار در گروه رفتاری- دارویی با دارونما و همچنین با گروه فهرست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود

دارد. به عبارت دیگر، تأثیر روش رفتاری- دارویی در مقایسه با گروههای دارونما و فهرست انتظار، تأیید شده است. بنابراین، فرضیه سوم پژوهش تأیید شده است. این یافته با نتایج مطالعات فیوره، اسمیت، یونبای و بیکر (۱۹۹۴)، سیلاجی، مانت و فاولر (۱۹۹۴) و تانگ و همکاران (۱۹۹۴) هماهنگ است. آدامس نیکوتین موجب کاهش وابستگی جسمی فرد سیگاری به نیکوتین می‌شود. این امر موجب افزایش اراده فرد سیگاری جهت غلبه بر وابستگی روانی می‌گردد.

فرضیه چهارم: روش رفتاری- آموزشی در مقایسه با روش رفتاری، با کنترل هیجان خواهی، سن و مدت زمان سیگار کشیدن، در کاهش مصرف سیگار در کارکنان ادارات دولتی اهواز مؤثرتر است.

چنان که در جدول (۹) دیده می‌شود، در ارتباط با فرضیه چهارم، آزمون توکی سه تفاوت معنی‌دار بین گروهها را به دست آورد که عبارتند از، ۱) بین گروه رفتاری- آموزشی با گروه دارونما، ۲) بین گروه رفتاری- آموزشی با گروه فهرست انتظار و ۳) بین گروه رفتاری- آموزشی با گروه رفتاری.

دارویی با رفتاری، بیانگر مؤثرتر بودن روش رفتاری- دارویی در مقایسه با رفتاری به تنهایی می‌باشد. بنابراین، فرضیه پنجم پژوهش تأیید شده است. به طور کلی از پنج فرضیه پژوهش، به جز فرضیه اول مبنی بر مؤثر بودن مداخله رفتاری در ترک سیگار، بقیه تأیید شدند. بنابراین، به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه ترک سیگار فعالیت دارند توصیه می‌شود، از ترکیب روشهای رفتاری، آموزشی و جایگزین نیکوتین استفاده شود و افزایش انگیزه ترک در افراد سیگاری مهمترین عامل موفقیت محسوب می‌شود.

تفاوت معنی‌دار بین گروههای رفتاری- آموزشی و رفتاری، بیانگر مؤثرتر بودن روش رفتاری- آموزشی در مقایسه با رفتاری به تنهایی می‌باشد. بنابراین، فرضیه چهارم پژوهش تأیید شده است. فرضیه پنجم: روش رفتاری- دارویی در مقایسه با روش رفتاری، با کنترل هیجان خواهی، سن و مدت زمان سیگار کشیدن، در کاهش مصرف سیگار در کارکنان مرد ادارات دولتی اهواز مؤثرتر است. در ارتباط با فرضیه پنجم، آزمون توکی سه تفاوت معنی‌دار بین گروهها را به دست آورد که عبارتند از: (۱) بین گروه رفتاری- دارویی (آدامس نیکوتین) با گروه دارونما، (۲) بین گروه رفتاری- دارویی با گروه فهرست انتظار و (۳) بین گروه رفتاری- دارویی با گروه رفتاری. تفاوت معنی‌دار بین گروههای رفتاری-

منابع

فارسی

پورکاظمی، لطفعلی (۱۳۷۴). سیگار، سکنه، سرطان. انتشارات ناهید، چاپ اول، تهران. ریچموند، رابین و می‌وو، سانگ (۱۹۹۸). راهنمای آموزشی جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات. ترجمه محمدرضا مسجدی، حسن آذری پورماسوله، غلامرضا حیدری مریم

- طهماسبی، ملیحه بیطرف و حمیده رستگاری (۱۳۷۸). مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی، تهران.
- زرگر، یداله (۱۳۷۷). نظرسنجی از دانش‌آموزان دبیرستانی و مددجویان کانون اصلاح و تربیت اهواز پیرامون اعتیاد به مواد مخدر، شورای عالی جوانان، چاپ نشده.
- زرگر، یداله (۱۳۷۸ الف). زمینه‌یابی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان صنایع شهرستان اهواز، ستاد مبارزه با مواد مخدر، چاپ نشده.
- زرگر، یداله (۱۳۷۸ ب). بررسی وضعیت مراجعین مرکز درمان معتادین خودمعرف شهرستان اهواز، ستاد مبارزه با مواد مخدر، چاپ نشده.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۶۹). مساله سیگار در آینه تحقیق، بررسی عوامل گرایش دانش‌آموزان به سیگار. تهران: انتشارات مدرسه.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین و گرب، جک (۱۹۹۴). خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری (۱۳۷۵). جلد دوم، تیریز، انتشارات شهرآب.
- محمد، کاظم. زالی، محمدرضا. مسجدی، محمدرضا و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۷۷). وضعیت استعمال سیگار در ایران بر اساس نتایج طرح سلامت و بیماری. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره شانزدهم، ۳۳.
- مسجدی، محمدرضا. آذری پورماسوله، حسن. حیدری، غلامرضا (۱۳۷۸). سیگار "زبانها و روشهای ترک". چاپ اول، مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی.

لاتین

- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Person. Individ. Duff.*, 16(2), 289-296.
- Center for Disease Control and Prevention. (1998). Selected cigarette smoking initiation and quitting behaviors among high school students, U.S. *MMWR*, 47:386-389.
- Christen, AG., McDonald, J.G., Olson, B.L., Drook, C.A. and Stookey, O.K. (1984). Efficacy of nicotine chewing gum in facilitating smoking cessation. *Journal of the American Dental Association*, 198, 594-597.
- Fiore, M., Smith, S., Jorenby, D. and Baker, T. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. *JAMA*, 271, 1940-1947.

- Gilbert, I. (1980). *The No Smoking*. U.S.A. Presidio Press.
- Hajek, P. (1994). Treatment for smokers. *Addiction*, 89, 1543-1549.
- Hajek, P. (1996). Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(6), 699-707.
- Halayya, M. (1992). *Stop Smoking and Start Living*, Printed in India Gopson papers Pvt Ltd.
- Hall, S. & Tunstall, C. (1987). Nicotine gum and behavioral treatment, a placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 603-605.
- Hill, R.D. & Fisker, EB. (1992). *Smoking Cessation in the Older Chronic Somker*. Lung Biology and Aging. New York: Mercel Dekker.
- Hill, R.D., Rigdon, M. & Johnson, S. (1993). Behavioral smoking cessation treatment for older chronic smoking. *Behavior Therapy*, 24, 321-329.
- Jarvis, M. (1989). Helping smokers give up. In S. Pearce, J. Wardle, (Eds.), *The Practice of Behavioral Medicine*, (pp. 284-305). London: BPS Books.
- Jorenby, D.E., Smith, S.S. Fiore, M.C. Hurt, R.D., Offord, K.P., Croghan, I.T., Hays, J.T., Lewis, S.F., & Backer, T.B. (1995). Varying nicotine patch dose and type smoking cessation counseling. *JAMA*, 274, 1347-1352.
- Killen, J.D., Maccoby, Nathan and Taylor, C. (1984). Nicotine gum and self-regulation training in smoking. *Behavior-Therapy*, 15,(3), 234-248.
- Lara-cantu, Maria & Onate-Rivadeneira, Quadaupe (1984). Multi- model therapeutic program for the cessation of smoking. *Psychiaty and Psychology of American Latin*, 30(3), 193-200.
- Law, M. & Tang, J. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1933-1941.
- Levenberg, S.B. & Wagner, M.K. (1976). Smoking cessation: Longterm memory irrelevance of mode of treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiaty*, 7(1), 93-95.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications, in *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-189.
- Lichtenstein, E. & Glasgow, R. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade? *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 518-527.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 50, 804-819.
- Minneker, H.E., Unland, H. & Buchkremer, G. (1992). Behavioral relapse prevention strategies in smoking cessation. *International Journal of the*

- Addictions*, 27(5), 627-634.
- Mishra, A. (2000). *Freedom from Smoking*, India: Published by Inner Voice Publicators.
- Raw, M. (1978). The treatment of cigarette dependence. In: Y. Israel (Eds.). *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, (Vol. 4). New York: Plenum.
- Richmond, R.L. & Webster, I. (1985). Evaluation of general practitioners' use of a smoking intervention program. *International Journal Epidemiology*, 14, 369-401.
- Richmond, R.L. Austin, A. and Webster, I. (1993). Three-year evaluation of a program by general practitioners' use of three smoking cessation programs. *Addictive Behaviors*, 18, 187-199.
- Richmond, R.L. and Anderson, P. (1994). Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. *Addiction*, 89, 35-40.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, O. & Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet*, 343, 139-142.
- Tang, L., Law, M. & Waki, N. (1994). How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *British Medical Journal*, 308, 21-26.
- Vetter, N.J. & Ford, D. (1990). Smoking prevention among people aged 60 and over: A randomized controlled trial. *Age and Aging*, 19, 164-168.
- Watson, D.L. & Tharp, R.G. (1993). *Self-directed Behavior: Self-modification for Personal Adjustment* (6th Edn.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- World Health Organization (1996). *World no Tobacco Day*, Tobacco Alert, special issue, Geneva.
- Yates, B.T. (1986). *Applications in Self-management*, Belmont, CA: Wadsworth.
- Zuckerman, M. (1988). Sensation seeking, risk taking and health. *American Journal of Behavior*, 8 (3) 243-252.