

## آیا سیگار در درمان اعتیاد اثر سوء دارد؟<sup>۱</sup>

مهرانگیز نیکنام و دکتر محمدجهانفر<sup>۲</sup>

### چکیده

آیا ترک سیگار به درمان معتادان کمک می‌کند و یا برای آنان مضر است؟ در این خصوص از ۴۰۷ معتاد ۱۵ مرکز درمانی در لوس‌آنجلس در طی یک سال اطلاعاتی به دست آمده است. شاخص‌های به‌دست آمده از وضعیت سیگاری‌ها در ارتباط با مصرف مواد مخدر، آزمایش‌های ادرار و ۳۶ بررسی دیگر، همچون اثر استفاده از الکل بر اعتیاد، مسائل روانی و مشکلات جانبی آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج به دست آمده از بیشتر پاسخگویان نشان می‌دهد که ۹۵ درصد از معتادان در تمام طول زندگی خود سیگاری بوده‌اند. در اثر برنامه تغییر وضعیت سیگاری‌ها، ۲۹ درصد آنان متحول شدند.

کلید واژگان: اعتیاد، سیگار، الکل، کوکابین، هروئین، سوء مصرف مواد مخدر

### مسئله

با مطالعه این گزارش معلوم می‌شود که ثبات روانی سیگاری‌های سابق کمتر از سیگاری‌های جدید می‌باشد. تغییر وضعیت سیگاری‌ها باعث کاهش استعمال هروئین شده است، ولی مسائل روانی و مشکلات مربوط به آنان افزایش پیدا کرده است.

به طور معمول دیده می‌شد که سیگاری‌های حرفه‌ای از لحاظ تعداد، کمتر و باثبات‌تر از سیگاری‌هایی هستند که وضعیت استعمال سیگار در آنان همیشگی بوده و یا در نحوه استفاده از سیگار تغییری ایجاد کرده‌اند (یعنی ترک و اعتیاد مجدد اختلال بیشتری را به همراه داشته است). همین‌طور بازتاب‌های فیزیکی و جسمانی، رفتار و سواس‌گونه ناخودآگاه و افسردگی و اضطراب نیز در آنان مشاهده شده است. نتیجه این که در مدتی بسیار طولانی، اجتناب از

<sup>۱</sup> - این مقاله ترجمه ای است از:

William J. McCarthy, Cyleste Collins, Yih-Ing Hser, Does Cigarette Smoking Affect Drug Abuse Treatment? *Journal of Drug Issues*, ۲۰۰۲, ۳۲ (۱) ۶۱-۸۰.

<sup>۲</sup> - مهرانگیز نیکنام مترجم و دکتر محمدجهانفر، عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

استعمال دخانیات در معتادان برای تحمل و ادامه درمان به طور کلی، بیشترین نتیجه را در به دست آوردن سلامتی آنان داشته است.

وقتی معتادانی که به مدت طولانی سیگاری بودند موفق به ترک آن می‌شوند، نه فقط به طور خاص به سلامتی (مک‌کارتی، زهو، هسر و کولین ۲۰۰۱، در دست انتشار) و طولانی‌تر شدن عمر خود کمک می‌کنند، بلکه به احتمال زیاد به خوبی می‌توانند از مواد مخدر هم دوری جسته و اعتیاد را ترک کنند (هسر، مک‌کارتی، آنجلین ۱۹۹۴؛ و هرت (۱۹۹۶) ۴۵ بیمار بین ۱۱ تا ۲۲ سال را مورد بررسی قرار دادند). هسر (۱۹۹۴) به این نتیجه رسیده است که بیشتر کسانی که به مواد شیمیایی وابسته‌اند به طرف مواد مخدر کشیده شده‌اند.

دکتر ویلیام مک‌کارتی که هم اکنون پروفسور روانشناسی در یوسی‌ال‌ای (UCLA) آمریکا است، در تحقیق خود که در مورد وضعیت و رفتار مشارکت‌آمیز در استعمال سیگار از سوی جوانان است، با اضافه کردن اسانس نعناع به توتون، جوانان را از نظر روانی ارزشیابی کرده است و اخیراً جانشین سازی این نوع توتون را در طولانی مدت مورد بررسی قرار داده است.

دکتر ین نیک هامسر که هم اکنون پروفسور بخش روان‌شناسی و علوم رفتاری در یوسی‌ال‌ای آمریکا و رئیس مرکز مطالعات مواد مخدر است، در مهم‌ترین تحقیق‌اش، ارزش درمان اعتیاد را به مردم آموزش می‌دهد تا آنان به خاطر بسپارند که اعتیاد یک بیماری واگیردار است. این تحقیق در زمینه سلامتی است و با گسترش و پذیرش روش‌های مختلف آماری به دست آمده است.

سی‌لستس کولینز<sup>۱</sup>، متخصص آمار در مرکز تحقیقات مواد مخدر است که تحقیق قبلی‌اش در مورد بی‌توجهی به فرزندان، اعمال قدرت والدین و خشونت قابل انتقال بود، ولی کار جدیدش در مورد جوانان و بدرفتاری با نوجوانان است.

مک‌کارتی، کولینز و هسر گزارش دادند که میزان مرگ و میر افراد هم‌سن و سال در بین معتادان سه برابر بیشتر از غیر معتادان بوده است و این که اکثر این تلفات می‌تواند در اثر مصرف توتون باشد. به دنبال مطالعات هسر و همکارانش در جوانان سنین ۲۱ تا ۲۴ سال گزارش شده است که مرگ و میر افراد معتاد به تریاک که سیگاری هستند ۴ برابر بیشتر از افرادی است که سیگار نمی‌کشیدند و باز هم گزارش شده است که افراد معتاد به هرئوئین سیگاری، بعد از ترک دوباره

<sup>۱</sup>- Cylests Collins

معتاد می‌شوند، در حالی که افرادی که سیگار نمی‌کشند به میزان کمتری دوباره به اعتیاد روی می‌آورند (هسر، ۱۹۹۴).

درباره بازگشت معتادان به مواد مخدر که به وسیله هسر و همکارانش در مطالعات طولی (از جمله در سال‌های گذشته) گزارش شده است، نمی‌توان به طور دقیق مشخص کرد که آیا در مدت درمان اعتیاد، وقفه‌ای در سیگار کشیدن معتادان پیش آمده است و یا این که ترک سیگار مربوط به سال‌های پیش می‌باشد. این گونه یافته‌های تخصصی در مطالعات کوتاه مدت با مطالعاتی که در مورد معتادان در زمان درمان اعتیاد است همخوانی ندارد و تأییدکننده سیگاری بودن یا نبودن معتادان نیست.

برای نمونه، در مطالعه اخیر پیشنهاد شده است که حتماً در این روش معتادان، ترک سیگار را با اضافه کردن مصرف کوکائین آغاز کنند (کونر، اشتاین، لانک شور و استیسی، ۲۰۰۰). به ویژه که پیش از آن مقدار توتون را افزایش و مقدار کوکائین را کاهش داده بودند. در مطالعات دیگر پیشنهاد شده است تا برای افرادی که تحت درمان با داروهای غیرقانونی هستند (برای مثال، برای درمان سردرد قرص‌های مخدر می‌خورند) یک جابجایی دارویی توصیه گردد، تا اینکه آنان را به مصرف دخانیات بیشتر گرایش دهند (کمپل، واندر، استارک، و هول برت ۱۹۹۵). بنابراین، بعضی از این نظریه‌ها، وقفه ایجاد کردن در زمان استعمال سیگار، ترس از به مخاطره افتادن وضعیت اجتماعی معتادان و اجتناب از مواد مخدری که غیرقانونی باشد، آنان را از کشیدن سیگار منصرف کرده است. طی یک سال مستمری که مطالعه برای درمان معتادان انجام شد، (در مجموع این روش با درمانانی مختلف ناهماهنگ بود)، تصمیم بر این شد که معتادان را مجبور به ترک سیگار کنند. مطالعاتی به آزمون گزارده شد تا اثر ترک سیگار گروهی و نکشیدن سیگار در مدت یک سالی که افراد از نظر جسمی و روانی تحت مطالعه بودند بررسی شود. از ۴۰۷ معتاد تحت درمان (به جز ۱۵ نفر) بقیه اعتیاد را ترک کردند، ولی این تعداد نیز اخیراً علاقمند به درمان دارویی شده‌اند (به دلیل سپری شدن دوره بیماری، سم‌زدایی، یا مصرف متادون).

### بررسی روش طرح و نمونه

اطلاعاتی که از مطالعه و نمونه‌گیری از شرکت‌کنندگان جوان در روند کار مطالعاتی اخیر و نتایج درمان اعتیاد به دست آمده است، نشان می‌دهد که متقاضیان جوانی که با نمونه‌گیری

تصادفی طبقه‌بندی شده و به طور تصادفی برای درمان مرحله‌ای انتخاب شده بودند، تا حد قابل قبولی برای درمان عادات غلط خود (اعتیاد) موفق بوده‌اند.

از میان هریک از روش‌های درمانی، تعدادی از متقاضیان جوانی که انتخاب شده بودند، از ۱۹ فقره تسهیلات درمانی مختلف استفاده می‌کردند تا بتوانند اثر تمامی روش‌های درمانی موجود در ایالت لوس‌آنجلس را مشخص سازند.

این برنامه‌ها به طور تصادفی انتخاب شده بودند. گذشته از این، آزمایش‌های زیادی بر روی زنان انجام گرفت و تقریباً ۳۰ متقاضی از هر بخش به طور تصادفی انتخاب شده بودند. در حال حاضر، برای هر برنامه ۳۰ شرکت‌کننده و یا در همین حدود انتخاب شده و ثبت نام کرده‌اند. به این ترتیب، متقاضیان داوطلب ثبت نام شدند و پس از آن برای هر محل تا حدود ۳۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفت. به دنبال مصاحبه اول، یک سال بعد مصاحبه دیگری نیز از این متقاضیان به عمل آمد. با توافق مراجعان و ارائه رهنمودهای اخلاقی، بعد از اینکه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مسائل آنان محرمانه تلقی خواهد گردید، با رضایت مراجعان، اطلاعات لازم جمع‌آوری گردید. دیگر اینکه، در این تحقیق برای اطمینان دادن به این‌گونه افراد مبنی بر این که اطلاعات آنان هیچ‌گونه عواقب حقوقی و قانونی برایشان نخواهد داشت، یک گواهی محرمانه سیاسی تنظیم و تحویل گردیده است.

### شرکت‌کنندگان و روند کار

در ابتدای امر افراد شرکت‌کننده در این تحقیق که ۵۶۵ نفر بودند به هدف اصلی خود که رسیدن به سلامتی است، توجه داشته و سلامتی خود را بازیافته‌اند. گذشته از این ۵۶۵ شرکت‌کننده، به طور تقریبی ۱۰۰ نفر از مصاحبه خودداری کردند و ۹ شرکت‌کننده نیز در مصاحبه رد شده بودند. به این ترتیب، نتیجه برای ۸۴٪ از مراجعان تأیید شده است. همه شرکت‌کنندگان در مصاحبه اولیه بیشتر خواستار آموزش و درمان رو در رو بوده‌اند. در این مصاحبه‌ها که تقریباً برای هریک ۴۵ دقیقه وقت می‌گرفت، از مصاحبه‌شوندگان مبلغی نیز دریافت می‌شد. در پایان مصاحبه از داوطلبان آزمایش ادرار به عمل می‌آمد. اما پس از آن از این نمونه‌های آزمایشی برای تعیین نوع مواد مخدر آزمایش‌هایی به عمل آمد، که محدود به استعمال دخانیات هم نبوده است (با انجام آزمایش‌هایی بیشتر از معتادان). شرکت‌کنندگانی که مصاحبه‌شان کامل شده بود به طور

استثنایی تا دو هفته تحت درمان قرار می‌گرفتند. تنها مخالفت به ثبت رسیده مربوط به گروهی از شرکت‌کنندگان بود که برای سه روز جهت سم‌زدایی از بدنشان در بیمارستان بستری شده بودند. در ایالت لوس‌آنجلس خلاصه‌ای از مطالعات انجام گرفته بر روی کلیه پذیرش‌شدگانی که تحت درمان اعتیاد قرار گرفته بودند، جمع‌آوری و ثبت شد.

در طول یک سال ۵۱۱ شرکت‌کننده در مصاحبه رو در روی خود، فرم مربوط را کامل کرده بودند. فوت‌شدگان در این مدت ۷ نفر بودند و ۱۱ نفر نیز از انجام این برنامه خودداری کردند. ۳۶ نفر دیگر از آنان نیز به نواحی خارج از شهر رفته بودند و یا در آن موقع مقیم شهر نبودند. زنان به نسبت بیشتر از مردان (۵۴/۲٪) و سفیدپوستان بیشتر (۴۱/۱ درصد) از سیاه‌پوستان (۳۲/۳ درصد) یا آمریکایی‌های لاتین (۱۸/۶ درصد) تحت درمان هستند. ۵۱/۹ درصد از این افراد نه توان کار داشتند و نه به کاری مشغول بودند، ۲۱/۱ درصد آنان نیز حتی نتوانسته بودند کاری پیدا کنند. کمتر از یک پانزدهم آنان (۱۹/۱٪ درصد) کار تمام وقت داشتند؛ به علاوه ۸٪ آنان در استخدام نیمه وقت بودند. جالب این است که مستخدمان رده پایین نیز وانمود می‌کردند که تحصیل کرده هستند.

بیش از یک سوم، یعنی ۳۶/۶ درصد گزارش‌ها مربوط به دانشگاه‌ها هستند و بقیه یعنی ۱۹/۶ درصد افراد فارغ‌التحصیل دبیرستانی و ۱۴/۵ درصد نیز مدارس عالی و فنی را به اتمام رسانده بودند.

فقط یک چهارم این افراد (۲۶/۹ درصد) در زمان بررسی ازدواج کرده بودند. ۵۴ نفر از کل شرکت‌کنندگان (۹/۶ درصد) نمونه مورد مطالعه مفقود شده بودند؛ ولی همه شاخص‌های جمعیتی اولیه از بین کلیه نمونه‌های آغازین و دو زیرمجموعه مورد بررسی برای سنجش باقی مانده بود. سن متوسط مراجعان ۳۶/۲ سال بوده است (هیچ یک از آزمون‌های کای اسکوتر معنی‌دار نبوده است). جدول ۱ تغییرات، اندازه و حجم نمونه‌ها و دلایل کاهش حجم نمونه‌ها را از بدو امر تا انتها نشان می‌دهد. به منظور تجزیه و تحلیل اثر وضعیت سیگار و نتایج روان‌درمانی آن برای درمان‌هایی دارویی سرپایی، نمونه‌هایی که از ابتدا با متادون درمان شده‌اند ( $n=55$ ) شرکت‌کنندگانی که در بیمارستان برای سم‌زدایی بستری بوده‌اند ( $n=44$ )، نادیده گرفته شده‌اند. گذشته از این ۵ نفر از پاسخگویانی که اعلام کرده بودند که در مصاحبه طی ۱۲ ماه حضور داشته و یا جزو افراد استفاده‌کننده از متادون بوده‌اند و یا برای برنامه سم‌زدایی در بیمارستان بستری شده بودند، در پایان این تحقیق حذف و نادیده گرفته شده‌اند. بیمارانی که از مصرف داروی متادون امتناع

می‌کردند، با توضیح نقش داروی متادون و اینکه از نظر جامعه قابل قبول‌تر از هروئین است، توجیه شوند و متادون مصرف می‌کردند. کولینز بر این باور است که متادون در واقع همان نقش سیگار را برای درمان افراد معتاد به کوکائین ایفا می‌کنند، و آن را جایگزینی برای جلوگیری و ادامه مصرف مواد مخدر غیرقانونی نظیر هروئین دانسته است. قوی‌ترین آزمایش (کولینز) مربوط به نمونه حاضر بوده و لازم بود بیماران متادونی از آن حذف و مستثنی شوند.

بیماران شرکت‌کننده در برنامه‌های سم‌زدایی که در بیمارستان بستری بودند، همانند مصرف‌کنندگان متادونی مستثنی گردیدند؛ زیرا تعداد بیماران بستری شده برای سم‌زدایی در مقایسه با درمان سریایی افراد در مراکز درمانی شبانه روزی بیشتر بوده است. بعضی از شواهد نشانگر آن است که معتادانی که برای ترک اعتیاد خود در مدتی طولانی به خودشان متکی هستند، موفق‌تر از افرادی هستند که متکی به کمک کارکنان مراکز درمانی بوده‌اند.

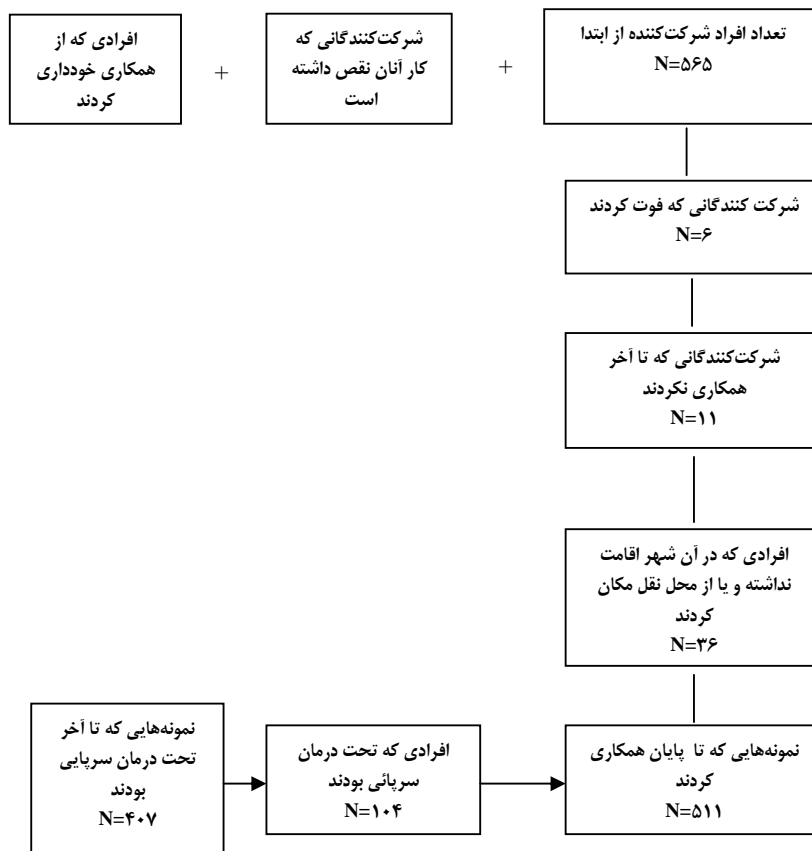
(برای نمونه، فیرو، ۱۹۹۰). این موارد از جمله نتایجی بود که در طول بررسی ۴۵۷ نمونه از معتادان به دست آمد. تجزیه و تحلیل آخرین نمونه‌ها بدون قید و شرط ( $n=511$ ) در سری آزمایش‌هایی که با کیفیت خوب و مناسب ارزشیابی شده است و در مقایسه با توزیع طبقه‌بندی جامعه‌شناسی از نظر جنسی یا گروه سنی و زمینه‌های اخلاقی در دو نمونه ( $P > 0.4$ ) به جز در رقابت نمونه‌ها، در مواردی که ( $P=0.11$ ) بوده است، تفاوتی نداشته است؛ یک گرایش به اعتیاد غیرمعنی‌داری نیز در بین نمونه‌ها بدون در نظر گرفتن سفیدپوستان قابل ملاحظه بوده است. مصاحبه‌کنندگان ماهر و تعلیم‌دیده بودند و در محلی که برای شرکت‌کنندگان مناسب‌تر بود با آنان مصاحبه می‌شد. این مصاحبه دو تا سه ساعت به طول می‌انجامید و شرکت‌کنندگان برای شرکت در مصاحبه هزینه‌ای را دریافت می‌کردند. مدت مصاحبه طولانی‌تر از مصاحبه برای ثبت نام شدن بوده است، زیرا پرسش‌های زیادی مطرح بوده است که با تجربه‌ای که پاسخگو در طول درمانش پیدا کرده است، بایستی به این پرسش‌های نهایی جواب دهد. در آخرین سوال از افراد داوطلبی که تحت درمان بوده‌اند، آزمایش ادرار به عمل آمد و نتایج آن جمع‌آوری گردید. در جدول ۱، درستون اول، خلاصه‌ای از شاخص‌های جمعیتی مرحله اول پاسخگویان درج شده است. در ستون‌های بعدی زیرمجموعه‌ای از نمونه اولیه با تغییرات قابل اغماضی از آن در بخش‌های جمعیتی آمده است.

جدول شماره ۱: شاخص‌های جمعیتی و شیوع سیگار در ابتدا

سیگاری‌های فعلی*	نمونه طولی در درمان دارویی سرپایی در آغاز	نمونه طولی در آغاز	کل نمونه در آغاز	منابع نمونه	
%۷۹/۶	۴۰۷	۵۱۱	۵۶۵	ایجاد نمونه	
%۷۵ %۸۳/۲	۰/۴۱/۳ %۵۸/۷	%۴۴ %۵۶	%۴۵/۸ %۵۴/۲	مرد زن	جنس
%۸۳/۶ %۸۱/۶ %۷۸/۳ %۸۰/۴ %۷۸	%۱۲/۳ %۱۹/۹ %۲۲/۹ %۱۹/۴ %۲۵/۶	%۱۰/۸ %۱۷/۰ %۲۲/۹ %۲۰ %۲۹/۴	%۱۰/۸ %۱۶/۶ %۲۲/۵ %۱۹/۵ %۳۰/۳	کمتر از ۲۵ سال ۲۹ تا ۳۵ ۳۴ تا ۳۰ ۳۹ تا ۳۵ +۴۰	گروه سنی
%۸۱/۸ %۸۱/۱ %۸۵/۷ %۶۸/۵ %۸۹/۵	%۴۰/۲ %۳۸/۴ %۵/۴ %۱۲/۶ %۲/۴	%۴۰ %۳۳/۳ %۴/۳ %۱۸/۶ %۲/۷	%۴۱/۱ %۳۲/۳ %۴/۳ %۱۸/۶ %۲/۵	سفید سیاه آسیایی لاتین نژادهای دیگر	زمینه نژادی
%۷۴/۲ %۸۰/۵ %۷۹/۳ %۸۱/۲	%۱۷ %۷/۹ %۲۳/۸ %۴۸/۶	%۱۷/۶ %۸/۲ %۲۳/۱ %۴۹/۳	%۱۹/۱ %۸ %۲۱/۱ %۵۱/۹	تمام وقت نیمه وقت بیکار فاقد توان کار	وضعیت اشتغال
%۸۴/۱ %۷۸/۴ %۷۴/۳ %۸۵/۱	۳۰/۷ ۲۰/۴ %۳۵/۴ %۱۳/۵	%۲۹/۹ %۱۹/۶ %۳۶/۶ %۱۴/۵	%۲۹/۲ %۱۹/۶ %۳۶/۶ %۱۴/۵	آموزش عالی فارغ التحصیل آموزش عالی گذراندن دروسی از دانشگاه فنی و حرفه‌ای	وضعیت فرهنگی
%۷۹/۴ %۷۹/۷	%۲۲/۸ %۷۶/۲	%۲۶/۲ %۷۳/۸	%۲۶/۹ %۷۳/۱	متاهل مجرد	وضعیت زناشویی

\* ارقام مربوط به شیوع سیگاری‌ها براساس نمونه‌های اولیه (n=۵۱) این جدول است، سیگاری‌ها شامل سیگاری‌های فعلی یا سیگاری‌های پاسايقه بوده است.

نمودار ۱- چارت نشان دهنده کاهش اندازه نمونه‌هایی است که از ابتدا تا آخر کار را نشان می‌دهد:





### آیا استعمال سیگار درمان اعتیاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

این بررسی شامل درمان‌های سرپایی هم می‌باشد. آزمایش مربوط در جدول اول اعتبار جمعیتی را در هر نمونه تأیید و تصدیق کرده است و دو نمونه‌ای که از بدو کار تا پایان بوده‌اند نیز در بررسی نمونه‌های طولی به دست آمده نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان تحت درمان سرپایی، اعتیاد خود را ترک کرده‌اند.

### اقدامها

در مصاحبه فشرده‌ای که مربوط به گذشته فرد است، اکثریت مصرف‌کنندگان مواد مخدر از جمله کسانی که سابقه مصرف تنباکو (توتون) داشته‌اند، همه پاسخگویان از اولین تا آخرین فرد مصاحبه‌شونده مورد بررسی قرار گرفته‌اند. دو سؤال اساسی برای شرح حال استعمال مواد مخدر، در ذیل آورده شده است:

- ۱- در ماه آخر چند روز مواد مخدر مصرف کرده‌اید؟ حداکثر ۳۰ روز
- ۲- در این سی روز قبل از اینکه پذیرفته بشوید چند روز مواد مخدر مصرف کرده‌اید؟ داروهایی که مدنظر بوده است، عبارت هستند از کراک هرئین، کوکائین، الکل و توتون

### وضعیت استفاده از توتون

وضعیت استفاده از توتون این گونه تعریف شده است:

افراد سیگاری جواب دادند که در ۳۰ روز گذشته بیش از ۱۵ نخ سیگار نکشیده‌اند. افرادی که به طور متناوب سیگار می‌کشیدند، اظهار می‌کردند که حداقل روزی یک سیگار می‌کشیدند، ولی در ۳۰ روز گذشته بیش از ۱۵ نخ سیگار نکشیده‌اند. سیگاری‌های قدیمی افرادی هستند که گفته‌اند فقط سیگار را برای تجربه و تفریح کشیده‌اند، ولی در ۳۰ روز گذشته سیگار نکشیده‌اند و اظهار می‌دارند که هرگز دوباره سیگار استعمال نمی‌کنند.

درخصوص تغییر در وضعیت استعمال دخانیات پاسخ‌هایی به شرح زیر دریافت شده است: اگر پاسخگو اظهار می‌داشت که در هر دو مرحله ارزشیابی سیگاری بوده است، آن خانم یا آقا را سیگاری می‌نامیدند. اگر پاسخگو در هر دو مرحله ارزشیابی گزارش می‌داد که در ۳۰ روز گذشته سیگار نکشیده است، او را غیر سیگاری می‌نامیدند. اگر پاسخگو اظهار می‌داشت که در بین دو

دوره ارزشیابی گاهی سیگار می‌کشیده، پاسخگو را سیگاری تناوبی می‌نامیدند. ثبات و پایداری وضعیت سیگاری‌ها در زمان تحقیق و پژوهش گذشته نیز مورد بررسی قرار گرفته بود. اگر در این مدت در وضعیت مصرف توتون تغییراتی داده شده بود (برای مثال، تحقیق مک‌کارتی در سال ۲۰۰۱) تغییر وضعیت سیگاری‌ها شامل افرادی می‌شد که آگاهانه دوباره شروع به کشیدن سیگار می‌کردند. علاوه بر آن، برای کسانی که به تازگی سیگاری شده بودند، تصمیم گرفته شد که وضعیت این دو دسته افراد سیگاری را با هم بررسی کنند. در ظاهر، نتیجه این وضعیت از نظر انجام کار کلینیکی، برای افرادی که سعی کرده بودند سیگار را ترک کنند و دوباره سیگاری شده بودند و اشخاصی که تازه شروع به استعمال سیگار کرده بودند، متفاوت بوده است. بنابراین، انگیزه‌های آنان قابل مقایسه است. انگیزه فردی بین افرادی که دوباره سیگاری شده بودند و سیگاری‌هایی که به تازگی استعمال آن را ترک کرده بودند، به طور مساوی مورد ارزیابی قرار گرفته و مقایسه شده بود. در هر دو مورد به نظر می‌رسید که ضمن صحبت‌های مهیج با افراد سیگاری منزلت آنان حفظ شود ( $n=25$ ). افرادی که به طور متناوب سیگار می‌کشیدند ( $n=5$ ) کاهش یافته بود، از این رو میزان بی‌ثباتی در تخمین‌های مربوطه خیلی ناچیز بوده است.

### شاخص شدت اعتیاد (ASI)

شاخص شدت اعتیاد (ASI)<sup>۱</sup> (مکالانت ۱۹۹۲) بخشی از مصاحبه کلینیکی است که با اعتبار و قابلیت اعتماد به اثبات رسیده است و برای سنجش شدت مشکلات بیماران معتاد در هفت منطقه مورد بررسی قرار گرفته است. زمانی که این مرکز توسط یک مصاحبه‌گر با تجربه راه‌اندازی شد، شاخص شدت اعتیاد در مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه اجرا شد؛ نتیجه این که: شدت بیماری معتادان در هر ۷ منطقه به طور کامل تحت تأثیر اعتیاد بوده است. سنجش‌ها در مقیاس کوچک نشان می‌دهد که :

در این پژوهش فقط سه مورد مربوط به مشکلات افراد الکلی، مواد مخدر و مسائل روانی بوده است. در هر سه مورد افراد در مبدأ و شروع کار با پیگیری یک‌ساله مورد بررسی و ارزیابی

۱- Addiction Severity Index (ASI)

قرار گرفته بودند. در زیر در مورد این مقیاس‌های کوچک، شاخص شدت اعتیاد به طور کلی مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته بود که به طور دقیق توضیح داده می‌شود.

برای هر مقیاس کوچک شاخص شدت اعتیاد (ASI) یک سلسله امتیازاتی از صفر تا یک به دست آمده است. برای مهمتر نشان دادن شاخص شدت اعتیاد عملیاتی انجام شده است. با لگاریتم‌گیری برای هر مقیاس، معیار ویژه‌ای به دست می‌آید که در تکنگاری مکالانت و همکارانش نیز گزارش شده است.

مقادیر بینابینی که در زیر به دست آمده، نتیجه این مطالعات است و زیرمجموعه شاخص شدت اعتیاد از موضوعاتی است که مکالانت، لابورسکی و دیگران با محاسبه لگاریتم مورد بررسی قرار داده‌اند.

### **شاخص شدت اعتیاد: وضعیت روانی**

وضعیت روانی شامل ۱۰ سؤال درباره شرح حال پاسخگو درخصوص افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی است که مسائل روانی را نیز در برمی‌گیرد. (همبستگی درونی  $\alpha = 0.77$ )

### **شاخص شدت اعتیاد: تاریخچه استفاده از مواد مخدر**

شرح حال پاسخگویانی که از مواد مخدر استفاده می‌کردند، مورد سؤال قرار گرفت. در هفته گذشته با ۱۲ سؤال از مصرف‌کنندگان مواد مخدر درباره اعتیاد و درمان علنی معتادان بررسی به عمل آمد که در نتیجه همبستگی درونی  $\alpha$  برابر ۷۱ بوده است این سؤال‌ها مربوط به مواد مخدر بود و نه اعتیاد به الکل.

### **شاخص شدت اعتیاد: سوابق اعتیاد به الکل**

معتادان به الکل به طور جدی مورد سؤال قرار گرفتند. در هفته گذشته درباره مقدار مصرف الکل از معتادان الکل پنج سؤال جدی پرسیده شد، از افراد معتاد به الکل و درمان علنی نیز سؤال‌هایی پرسیده شد. همبستگی درونی آن برابر ۶۸ بوده است.

### سؤال‌هایی در مورد وضعیت اشتغال معتادان در سازمان‌های بهداشتی

پاسخگویان دو مسأله مربوط به استخدام را در دو مورد ذیل این گونه بیان کردند: در سی روز گذشته چقدر در کار خود با مشکلاتی (مشکلات کاری، پیدا کردن کار) روبرو شده‌اید و با این مشکلات و مسائل کسل‌کننده کاری در سی روز گذشته چگونه روبرو شده‌اید؟ موارد انتخابی ۱- کم ۲- نسبتاً کم ۳- زیاد ۴- خیلی زیاد برای امکان مقایسه، جواب یک بر ۳۰، و جواب ۲ بر ۴ تقسیم شده بود؛ نوسان امتیازها از صفر تا ۱ بود. سنجش همبستگی درونی این دو مورد آلفا برابر با ۰/۸۶٪ بود.

### فهرست کنترل‌های پکیز، سیمتوم

دروگاتیز، لیپ من، رایکلز، اولن هوت و کووی (۱۹۷۴) ۵۸ عنوان را که خود افراد گزارش داده بودند فهرست‌برداری کردند که شامل ۵ مقیاس فرعی نشانه‌های بیماری جسمانی، وسواس، احساسات درونی، اضطراب عمومی و افسردگی بوده است.

در جدول ۴ از پاسخگو خواسته شده بود که میزان و ابعاد نگرانی و ناراحتی خود را با هر نشانی که در دو هفته پیش برایش به وجود آمده است، توضیح دهد. برای هر عنوان نشانی منظور می‌شد و اگر نشانی از بیماری دیده می‌شد و این ناراحتی و نگرانی ربطی به یادآوری خاطره‌های گذشته نداشت، مسائل جسمانی که به وسیله همبستگی بررسی بهداشتی<sup>۱</sup> اندازه‌گیری شد، انعکاس فردی در برانگیختن نگرانی از جهت ادراک جسمانی شخصی بود (دروگایتر و همکاران ۱۹۷۴). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای اعتبار درونی ۸۷ گویه ۰/۸۷ بوده است. سوال و جواب‌های قاطع بازتابی بود از نشانه‌های بیماری که بر روی افکار، غریزه‌ها و اعمالی که غیرقابل کنترل هستند، دیده می‌شد و اغلب از طبیعت ناخودآگاه سرچشمه می‌گرفت و آلفای آن ۰/۸۷ به دست آمده است. احساسات درونی فرد، احساسات شخصی افرادی را که بر نارسایی‌های غیرمعمول تأکید دارد، به ویژه در مقایسه با دیگران (آلفا = ۰/۸۱٪) منعکس می‌کند که به غیرعادی بودن و اجتناب‌ناپذیری از تشویش یا ترس (آلفا = ۰/۸۱٪) مربوط می‌شود. افسردگی به حالت دل‌تنگی،

۱ - Health survey correlation=HSC

تنهایی و ناامیدی (آلفا = ۰.۸۶٪)، مربوط می‌شود. میزان سنجش احترام به خود در آلفای کروناخ ۰.۸۸٪ می‌باشد.

### آزمایش وجود مواد مخدر در ادرار معتادان

ادرار معتادان داوطلب در هر دوره‌ای جمع‌آوری شد. آزمایش ادرار، میزان استفاده از آنزیم‌های سیستم دفاعی بدن را مشخص کرد. نتایج آزمایش با گازپررنگی معلوم گردید. روش‌های انجام این آزمایش‌ها مانند پژوهش‌های دیگر بود (هسر، مگلیون و بویل ۱۹۹۸). نمونه‌های ادرار برای تشخیص تریاک و دیگر مواد مخدر درخواست شده بود. این آزمایش‌ها برای آگاهی از استعمال دخانیات انجام نشده بود.

### نتایج

از پاسخ‌دهندگان خواسته شد اولین مواد مخدری را که برایشان مشکل‌ساز شده بود، نام ببرند. اکثر قریب به اتفاق پاسخگویان گفتند کراک کوکائین (۳۲/۴٪)، سپس هروئین (۲۳/۳٪) آمفتامین (۱۷/۹٪)، الکل (۱۵/۲٪) و ماری جوانا (۵/۱٪). تقریباً در ۹۵٪ موارد، این نمونه حاکی از آن است که این افراد در هر حال در طول زندگیشان سیگار کشیده بودند (جدول شماره ۲). مصرف توتون در ۳۰ روزی که بیماران تحت درمان بودند، به نسبت زیاد بود و جدول مربوطه ۷۹/۶٪ را نشان می‌دهد. مواد مخدر دیگری که مورد استفاده قرار می‌گرفت، شامل الکل (۷۶٪)، ماری‌جوانا، (۷۲/۳٪)، کراک (۵۱/۷٪)، کوکائین (۴۵/۸٪) و هروئین (۱۶/۲٪) بوده است.

جدول شماره ۲: وضعیت سیگار با نحوه درمان در نمونه طولی (N=۵۱۱)

نحوه درمان	هرگز سیگاری نبوده	سیگاری سابق	سیگاری تناوبی	سیگاری دائم	جمع
بیمار سرپایی	۱۴ (۵۴٪)*	۳۹ (۵۱٪)	۱۹ (۶۱٪)	۱۶ (۴۳٪)	۲۳۲
بیمار بستری	۲ (۸٪)	۶ (۸٪)	۲ (۷٪)	۳۴ (۹٪)	۴۴
ساکن و مقیم	۶ (۲۳٪)	۱۸ (۲۳٪)	۵ (۱۷٪)	۱۱۰ (۳۰٪)	۱۳۹
معالجه با متادون	۱ (۴٪)	۱۰ (۱۳٪)	۳ (۱۰٪)	۴۱ (۱۱٪)	۵۵
روز درمانی	۳ (۱۱٪)	۴ (۵٪)	۱ (۳٪)	۲۷ (۷٪)	۳۵
جمع	۲۶ (۵٪)	۷۷ (۱۵٪)	۳۰ (۶٪)	۳۷۲ (۷۴٪)**	۵۰۵

یادداشت: فراوانی‌های کنار گذاشته شده ۶ نفر

\* درصد کل ستون‌ها

\*\* درصدی از نمونه کل (N=۵۰۵)

شرکت‌کنندگان در این پروژه که میزان اندکی از قابلیت تشخیص مواد مخدر در آزمایش‌های ادرار آنان در ابتدا بوده (به‌طور کلی ۱۹/۵٪) بیشترین فعالیت درمانی را داشتند؛ ولی این میزان بعد از یک سال پیگیری بیشترین کاهش را داشت و در مجموع به ۴۲/۱٪ رسید. با وجود این که میزان پایین استفاده از مواد مخدر توسط آزمایش ادرار اثبات شده بود، شرکت‌کنندگان این پروژه که هم اکنون سیگاری هستند و آنانی که تحت درمان قرار نگرفتند و معنادار هستند، هنوز قابل مقایسه و بررسی می‌باشند (مک کارتی، زهیو و هسر، ۲۰۰۱).  
 به‌طور کلی جنسیت در استعمال دخانیات قابل توجه و فراگیر نبوده است (۸۳/۵٪ در مقایسه با ۷۴/۶٪). کای اسکور مانتل هانزل  $\chi^2(1) = ۰.۳$ ،  $P = ۰.۵۶$  بوده است. تفاوت قومیت‌های مختلف نیز در استعمال دخانیات مورد نظر معنی‌دار بوده است. سفید پوستان (۸۲٪) و سیاه‌پوستان (۸۲٪) بیشتر از لاتینی تبارها سیگار می‌کشند (۶۷٪) ( $\chi^2(6) = ۱۲.۷$ ،  $p < ۰.۰۵$ ).

### آیا سیگار در درمان مؤثر است؟

گزارش‌های فعلی در مورد سیگاری‌ها حاکی از آن است که نخست، سیگار کشیدن در اکثر روزهای ماه قبل، مربوط به استعمال هیچ نوع مواد مخدری نیست مگر هروئین. کشیدن سیگار به‌طور مرتب و دائمی با میزان استفاده فراوان از هروئین قبل از درمان ( $r = ۰.۱۱$ ) و  $p = ۰.۰۰۶$ ؛ و میزان مصرف هروئین در ۳۰ روز آخر همبستگی مستقیم دارد ( $r = ۰.۳$  و  $p = ۰.۰۰۶$ ). مقدار سیگار همانند مقدار مصرف هروئین قبل از درمان ( $r = ۰.۱۱$ ،  $p = ۰.۰۰۶$ ) و استفاده از هروئین در طول مدت ۳۰ روز ( $r = ۰.۳$  و  $p = ۰.۰۰۶$ ) یوده است؛ اما هیچ‌کس خودش استعمال این مواد مخدر را گزارش نکرده است.

جالب این است که میزان مصرف سیگار با میزان استفاده از ماری‌جوانا به‌طور مستقیم ( $r = ۰.۸$  و  $p < ۰.۰۵$ ) در ارتباط است و البته با میزان استعمال هروئین نیز به‌طور مستقیم ( $r = ۰.۹$  و  $p = ۰.۰۰۳$ ) در ارتباط است.

### تغییر در وضعیت سیگاری‌ها

در شرایطی که حتی در جریان شیوع، افراد سیگاری ۴/۸٪ افت داشته‌اند؛ یعنی از ابتدا تا انتهای درمان از ۷۷/۸٪ به ۷۳٪ کاهش یافته‌اند، ۱۵٪ از غیرسیگاری‌ها سیگاری می‌شوند؛ درحالی که در ابتدا ۱۴٪ از سیگاری‌ها عادت خود را ترک کرده بودند.

ارقام مزبور به طور کلی هماهنگ با ۲۲٪ غیرسیگاری و ۱۸٪ سیگاری، طبق معمول در تغییرات هرساله وضعیت سیگاری‌ها، در طول مدت این مطالعه در تحقیق جامعه معتادان گزارش شده است؛ اما این معتادان دسته دوم تحت درمان مواد مخدر قرار نگرفته بودند (مک کارتی و آل ۲۰۰۱) در بررسی اولیه افرادی که سیگار را به تازگی ترک کرده بودند و یا افرادی که دوباره به سیگار روی آورده بودند، کلیه اندازه‌گیری‌های جمعیتی و کلیه نتایج به دست آمده با دو استثناء، همگی یکسان بودند این فقدان اختلاف ناشی از تلفیق ترک‌کنندگان پیشین و عود دوباره بیماری بیماران تحت درمان و دستورالعمل وضعیت تغییریافتگان، در مواردی مورد تأیید و تصدیق واقع شده است.

در یکی از دو مورد بررسی‌هایی که مربوط به ترک‌کنندگان فعلی و بازگشتگان اخیر بوده، اختلاف‌هایی ملاحظه شده است. با این تعریف بازگشتگان اخیر بایستی انتظار داشته باشند که برای کشیدن آخرین سیگار وقت کمتری سپری می‌کنند؛ زیرا افرادی که اخیراً سیگار را ترک کرده بوده‌اند، تا اندازه‌ای به مشکلات شغلی گرفتار شده‌اند.

بالاترین سطوح مشکلات شغلی مربوط به بازگشتگان به سیگار با میانگین بیشتر از ۵/۵ و کمترین مربوط به کار ترک‌کنندگان سیگار با میانگین ۶٪ بوده است ( $2/4 = 24/4$  تا  $2/4 < p$ ). با این حال بازگشتگان به سیگار از افزایش مشکلات شغلی خود اظهار نظر نکردند (۱۶ = میانگین). در حالی که در مبداء با مقایسه‌ای که با ترک‌کنندگان سیگار انجام شده است، میانگین ۷٪ و  $10\% = t(25/2)$  می‌باشد.

### وضعیت سیگاری:

تغییر در نحوه استفاده از سیگار و آزمایش‌های مثبت ادرار در بدو امر

بخشی از نمودارهای مثبت آزمایش ادرار نزد افرادی که معتاد بودند، همانند سیگاری‌های دائمی (۱۷/۳٪) و سیگاری‌های قبلی (۱۸/۶٪) بوده است. بعد از یکسال پیگیری نمونه‌های مثبت

ادرا را افرادی که معتاد به مواد مخدر و سیگار بودند، نتیجه برای سیگاری‌های سابق ۴۲/۲٪ و ۳۶/۱٪ بود. با توجه به تغییر وضعیت سیگاری‌ها از ابتدا تا انتهای یک سال، نتیجه نمونه‌های آزمایش مثبت بوده است. بعضی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر بیشترین گرایش را به سیگار داشته‌اند، این میزان گرایش برای سیگاری‌های دائمی ۴۱/۲٪ و برای سیگاری‌های سابق ۳۱/۲٪ بوده است، ولی در مورد همان پاسخگویانی که گفته بودند وضعیت سیگار خود را تغییر داده‌اند این نتایج به دست آمده است ( $p=۰.۵۶$  و  $r=۰.۵/۲(۳) x(۴۳)$ ٪) بوده است.

#### شاخص شدت اعتیاد (ASI)

در ابتدا سیگاری‌های سابق و سیگاری‌های دائمی در ارزشیابی شاخص شدت اعتیاد اختلاف قابل توجهی نداشتند. پس از یک سال پیگیری بالاخره وضعیت افراد سیگاری با مسائل روانی شدت اعتیاد در ارتباط بوده است ( $p < ۰.۰۵$ )  $f(۳,۳۹۹) = ۲/۷۸$ . سیگاری‌های سابق با مشکلات روانی کمتری روبرو بودند، به ویژه با مقایسه‌ای که با سیگاری‌های دائمی در جدول ۳ دیده می‌شود، این اختلاف سطح مشهود است. هر تغییری در وضعیت سیگاری‌ها در مسائل روانی معتادان تفاوت فاحشی به وجود می‌آورد. سیگاری‌های دائمی با میانگین ۸٪ و خطای معیار ۲۱٪ بیشتر از سیگاری‌های سابق (با میانگین ۲٪ و خطای معیار ۱۹٪  $p = ۰.۳$  و  $f(۲/۳۷۶) = ۳/۵۱$ ) بوده است. اما مسائل آنان با مشکلات روانی سیگاری‌های دائمی مشابهتی نداشته است (میانگین ۷٪ خطای معیار ۰/۰۰۷).

اثرات تغییر وضعیت سیگار در درجه‌بندی شاخص شدت اعتیاد که تجزیه و تحلیل مجدد بر روی آن، به منظور تعیین پراکندگی دو جانبه صورت گرفته است - آنهایی که متغیر بودند - نشان داده است که ارتباط پیوسته شدیدی با استعمال توتون، سن، جنسیت (متغیر ساختگی) در آمریکای لاتینی‌تبارها و غیرآمریکایی‌ها از نظر قومی در استفاده از هر دوئین داشته‌اند. بین تغییر در نحوه استفاده از سیگار و شدت مشکلات روانی ( $p < ۰.۰۵$ )  $f(۲/۳۷۲) = ۳/۱۳$  بعد از کنترل اثرات اولیه جنسیت، سن، نژاد لاتینی یا غیر آن نیز، از نظر قومیت برای استعمال هر دوئین، نیز بین تغییر وضع بیکاری و شدت روانی مسائل آن، ارتباطی وجود داشت.



**جدول ۳: درجات شاخص شدت اعتیاد با وضعیت استعمال سیگار در مدت یکسال**

مشکلات الکلی		مشکلات مواد مخدر		مشکلات روانی	
وضعیت استعمال سیگار	میانگین	* S.E خطای معیار	میانگین خطای معیار	S.E	میانگین
غیر سیگاری (n=۲۳)	%۵ab	%۲۰	%۲ ab	%۱۰	%۵ ab
سیگاری حرفه‌ای (n=۹۳)	%۳ a	-%۰۰۹	%۱ a	-%۰۰۴	%۳ a
سیگاری تناوبی (n=۲۳)	%۷ ab	%۱۹	%۲ ab	-%۰۰۷	-%۰۷ ab
معتاد به سیگار (n=۲۶۴)	%۶a	-%۰۰۸	%۲b	-%۰۰۴	-%۰۸ b
					S.E خطای معیار
					%۲۲
					-%۰۰۸
					/%۳۱
					-%۰۰۹

یادداشت: در نمونه پایداری متادون و برنامه‌های بیماران سرپایی و بستری کنار گذاشته شد. توزیع میانگین‌ها در بین داوطلبان شرکت‌کننده، به‌طور مشخصی تفاوتی نشان نمی‌دهد.  
 فراوانی‌های کنار گذاشته شده: ۴  
 S.E به اشتباه استاندارد میانگین اشاره دارد.

### مشکلات مرتبط با وضعیت استعمال سیگار

در ابتدا گفته شد که وضعیت استعمال سیگار با مشکلات شغلی در ارتباط است. ( $p=۰/۵$  و  $f(۳,۳۹۹)=۲/۶۷$ ) فراوانی معتادان به سیگار است (میانگین ۰/۷) که از اشتغال بیشتری برخوردار بوده‌اند. آیا استعمال سیگار در درمان اثری دارد؟ سیگاری‌های حرفه‌ای که میانگین آنان ۵٪ است با مشکلات بیشتری مواجه هستند: سیگاری‌های تناوبی و افرادی که سیگاری نبودند در مشکلات شغلی همانند آنان بودند. (میانگین به ترتیب ۰/۱۶ و ۰/۱۲).  
 تغییر وضع سیگاری‌ها از ابتدا تا انتهای کار بیشتر مربوط به مشکلات شغلی با میانگین ۰/۲۳ و خطای استاندارد ۰/۴۵٪ بود تا وضعیت سیگاری بودن آنان (میانگین ۱۲٪ و خطای استاندارد ۱۶٪) و فراوانی (۱٪)  $p < ۰/۱$  و  $f(۲/۳۷۶)=۴/۷۲$  یا افرادی که دوباره سیگاری شده‌اند با مشکلات کاری بیشتری نسبت به افرادی که پیش از این سیگاری بوده‌اند مواجه می‌شوند (میانگین ۴٪ و خطای استاندارد ۴۱٪).

همبستگی بین شدت مشکلات شغلی افراد و تغییر وضع سیگاری‌ها به منظور کنترل تغییرات، مهم و متقابل است. وابستگی بدون تغییر بین مسائل حاد شغلی و تغییرات وضع

\* ارقام مربوط به شیوع سیگاری‌ها براساس نمونه‌های اولیه (n=۵۱) این جدول است، سیگاری‌ها شامل سیگاری‌های فعلی یا سابقاً سیگاری بوده است.

سیگاری‌ها (۲٪)  $p < ۴/۵۹ = f(۲/۳۷۲)$  بعد از کنترل اثرات اولیه از لحاظ جنسیت و سن، لاتینی تبارها یا غیر لاتینی تبارها در نحوه استفاده از هروئین معنی‌دار بوده است.

### فهرست کنترل سمپتوم‌ها پکینز

در محاسبات هاپکینز بین وضعیت سیگار در ابتدا و یا در آخر یکسال همبستگی وجود نداشته است به بلکه به تغییر وضعیت سیگاری‌ها از ابتدا تا آخر یک سال مربوط می‌شده است. پایداری سیگاری‌های حرفه‌ای به طور پیوسته کمتر از ثبات معتادان به سیگار و وضعیت تغییر یافته افراد از حیث جسمانی، وسواس در رفتارهای ناخودآگاه، افسردگی و نگرانی مورد آزمایش قرار گرفته‌اند. فراوانی نمونه‌ها  $f(۲/۳۷۶)$  و میزان آن از ۳/۲۰ تا ۵/۱۶ و ۰/۱ تا ۰/۵  $p <$  بوده است (جدول ۴ را ملاحظه کنید). این رابطه مشخص آماری و نیز کنترل اثرات احتمالی اولیه در مورد جنسیت لاتینی تبارها و غیر لاتینی تبارها، وضع استفاده از هروئین و سن همچنان به قوت خود باقی است. مقدار فراوانی  $f(۲/۲۷۲)$  و از ۲/۹۹ تا ۳۶ متفاوت است (۱٪ تا ۵٪ =  $p$ ).

جدول ۴: فهرست کنترل شاخص‌های هاپکینز در تغییر وضعیت سیگاری‌ها از شروع تحقیق تا یکسال بعد

تغییر وضعیت سیگار		جسمانی		وسواس		افسردگی		اضطراب	
		S.E	میانگین	S.E*	میانگین	S.E*	میانگین	S.E*	میانگین
پایداری سیگاری‌های حرفه‌ای $N=۴۶$		۱/۳۵a	٪۷۰	۱/۵۸a	٪۷۰	٪۷۷	۱/۴۹ a	۱/۲۴a	۰/۰۷۵
ثبات معتادان به سیگار $N=۲۹۳$		۱/۵ b	۰/۰۲۸	۱/۷۷b	٪۲۵	٪۳۱	۱/۶۶ b	۱/۲۳b	۰/۰۳۰
وضعیت تغییر یافته‌گان $N=۹$		۱/۵۶۶b	٪۷۷	۱/۹۷c	۰/۹۷	٪۸۵	۱/۷۹b	۱/۵۹b	۰/۰۸۳

نکته: توزیع میانگین‌ها اختلاف معنی‌داری ندارد؛ فراوانی‌های کنارگذاشته شده ۲۸ مورد و نمونه تحلیل در افرادی که در پایداری متادون و برنامه‌های سم زدایی بیماران بستری کنار گذاشته شدند ( $n=۹۹$ ).  
\* SE به خطای استاندارد میانگین اشاره دارد.

## بحث و تحلیل:

در این تحقیق، معتادان به چند نوع ماده مخدر، کسانی که پیش از این سیگاری بوده‌اند و از استعمال دخانیات از اول تا آخر طرح اجتناب کرده بودند، احتمالاً کمتر از افرادی بودند که دوباره به هرئین معتاد شدند و البته اکثر این افراد معتاد افرادی بودند که به سیگار کشیدن ادامه می‌دادند. همین دوری از مصرف توتون، موجب کاهش خطر بیماری‌های پزشکی و مسائل روحی و روانی مانند افسردگی، مشکلات جسمی، مسائل روانی و نگرانی و اضطراب می‌شود. ارتباط بین کاهش مشکلات شغلی و تداوم اجتناب از توتون، ممکن است شرایط ویژه‌ای را مانند ایالت کالیفرنیا بوجود آورد، آن جا که در بسیاری از مکانهایی که مردم به کار اشتغال دارند، کسی اجازه سیگار کشیدن ندارد. تا سال ۱۹۸۴ در بسیاری از مراکز اشتغال به کار لوس آنجلس کشیدن سیگار ممنوع بوده است (والمر ۱۹۸۴). این نوشته پیشنهاد می‌کند که مکان‌هایی اشتغال به کار برای افراد سیگاری محدودیت ایجاد کرده است و آنان را وادار به ترک سیگار می‌کنند (لونگووآل ۱۹۹۶؛ فارکاز، گیلپین، وایت و پیرس ۲۰۰۰). از طرف دیگر، اقدام به ترک اعتیاد نیکوتین، باعث کاهش بسیاری از ناآرامی‌های جنبی موقتی در ترک داروهای مواد مخدر می‌شود که شامل نگرانی، از خواب پریدن، افسردگی، مشکلات تمرکز، بی‌صبری و کم‌طاقتی، عصبانیت و ناآرامی است (هوگزر، هی‌گینز و بیگل ۱۹۹۴). در کالیفرنیا معتادانی هستند که سعی دارند زندگی شرافتمندآنانی را در پیش بگیرند، ولی به سیگار کشیدن ادامه می‌دهند. کارفرمایان از طریق جلوگیری از پرداخت پول به شاغلان سیگاری، آنان را رها می‌کنند و به مخمصه می‌اندازند. با این همه، ادامه استعمال سیگار در بین همکاران، موجب نارضایتی و اعتراض می‌شود و ترک سیگار نمونه بارزی از ترک مواد مخدر محسوب می‌شود. بنابراین، جای تعجب نیست که پاسخگویان بگویند که تغییر در نحوه استفاده از سیگار، موجب کاهش مشکلات شغلی و روانی آنان در زمان تحقیق شده است. از سوی دیگر، بررسی‌ها نشان می‌دهد که فقط میزان پیامد مشکلات کاری در افرادی که بتازگی دوباره سیگاری شده بودند با ترک‌کنندگان سیگار اختلاف داشته است. خوشبختانه، افرادی که همزمان و یا کمی بعد از درمان مواد مخدر سیگار را ترک کرده بودند، از افرادی که در همان دوره دوباره سیگاری شده بودند، با مشکلات کاری کمتری مواجه شدند. متأسفانه، بیماران بالینی با خطر مواجه هستند، مگر افرادی که در این دوره به مدت یک سال کامل از استعمال سیگار خودداری کرده باشند.

ممکن است کارکنان کلینیک سعی داشته باشند که سیگار افراد مراجعه کننده را قبل از درمان آنان خیلی محتاطانه محدود کنند و از طرف دیگر افراد سیگاری را تشویق کنند که در طولانی مدت، بعد از ترک اعتیاد و درمان، سیگار را کنار بگذارند.

توجه به مسأله ثبات و پایداری، اجتناب از استعمال سیگار از سوی معتادان برای شخصی که مراقب فرد معتاد می‌باشد، یک امتیاز منحصر به فردی است که می‌تواند با تجربه‌ای که به دست آورده است او را از اعتیاد دور نگه دارد (مهم‌ترین احتمالات ازدواج کردن، رفتن به کلیسا، انجام فعالیت‌های ورزشی و جسمی بیشتر و بالاخره تقید بیشتر به رعایت توصیه‌های پزشکی و غیره است).

در بررسی‌های گذشته به طور دقیق مشخص شد که اجتناب از استعمال توتون، با دوری از مواد مخدر ارتباط قوی دارد (مک کارتی در دست انتشار)؛ ولی در مطالعات فعلی زمانی که فرد در حال درمان اعتیاد خود است، قدرت کمتری نشان می‌دهد. این مسأله مشاهدات گالیور، کالمن، روهسنو، کولبی و اتون (۲۰۰۰) را تأیید می‌کند، که بیان می‌دارند همبستگی‌های مثبت بین استعمال سیگار و مشروب قبل از درمان بی‌ثبات است، ولی بلافاصله بعد از درمان پایدار می‌شود. این برداشت رابطه مستقیمی با شاخص شدت اعتیاد<sup>۱</sup> به الکل، شاخص اعتیاد به مواد مخدر و شاخص اعتیاد و مسائل روانی در مقیاس کوچک داشته است، و در حد ناچیزی برای پاسخگویان سیگاری در مدت یک سال پیگیری گزارش شده است. پاسخگویان ما شاخص شدت اعتیاد در افراد الکلی را از ۰/۰۵ (خطای استاندارد = ۰/۰۰۶) که کمتر از افراد الکلی غیر معتاد است و شاخص شدت اعتیاد آنان نیز ۰/۱۱ (خطای استاندارد ۰/۰۰۷) می‌باشد و در یک مرکز بهداشتی بستری بوده‌اند، گزارش داده‌اند. این اختلاف چشم‌گیرتر از آن است که کسی به این حقیقت توجه کرده باشد، به گونه‌ای که ویسنر، مک‌للان و هونکلر (۲۰۰۰) برای آن تعریف دقیقی ارائه کرده و آنان را می‌خواهد نامیده‌اند؛ افرادی که به جای سه مرتبه، ۵ مرتبه در روز مشروب می‌نوشند. به جای بیان ساده‌تر از می‌خواهد، می‌توان آن را میزان شدت اعتیاد به الکل تعریف کرد و یا تعریف‌های مشابه دیگری از آن ارائه کرد. در میانگین درجه‌بندی شدت اعتیاد، پاسخگویان بیمار غیرمعتاد در مرکز بهداشت به جای ۰/۰۲ (خطای استاندارد ۰/۰۰۳) تقریباً، میزان ۰/۰۱ مشاهده شده بود و برای بیماران معتادی که به تازگی سعی در درمان خود داشته‌اند، مقایسه میانگین

۱- Addiction Severity Index = ASI شاخص شدت اعتیاد

۰/۱۱ (خطای استاندارد ۰/۰۰۶۶) دیده می‌شود (ویسنر ۲۰۰۰)؛ حتی میانگین شدت مشکلات روانی در پاسخگویان ۰/۰۷ (خطای استاندارد = ۰/۰۰۶) به میزان قابل ملاحظه‌ای مشابه بیماران غیرمعتاد در مرکز بهداشت است که ۰/۰۳ (خطای استاندارد = ۰/۰۰۱) گزارش شده است. این میانگین برای بیماران معتادی که به تازگی تحت درمان قرار گرفته‌اند ۰/۳۷ (خطای استاندارد = ۰/۰۱۳) گزارش گردیده است.

در هر حال، آنان پس از مدت طولانی به این نتیجه رسیدند که به معتادانی که در سابق سیگاری بوده‌اند، توصیه شود که همچنان از کشیدن سیگار اجتناب کنند. چنانکه نتایج به دست آمده از سلامتی جسمی و روحی روانی آنان خواه اینکه تحت درمان باشند یا نباشند امیدوارکننده بوده است. اجتناب نکردن از سیگار و تغییر ندادن وضعیت آن، در این دوره یکساله ترک اعتیاد، تأثیر نامطلوبی بر روی معتادان می‌گذارد. بعضی از محققان، نتایج پیشنهادی را تأیید نمی‌کنند و معتقدند که ترک سیگار، ضمن درمان معتادان تأثیر درمان را نیز تضعیف می‌کند (برای مثال، کونر و آل ۱۹۹۹). از سوی دیگر، در تحقیقات جدید آن گونه که معتادان با تجربه گزارش داده‌اند، تغییر در نحوه استفاده از سیگار در ضمن درمان یا قبل و بعد از آن (دوره کوتاه مدت هفته‌ای) مسائل روانی و مشکلات شغلی بیشتری نسبت به افراد سیگاری یا افرادی که در سابق سیگاری بوده‌اند ایجاد کرده است. این معتادان بالینی با مشکلات جدی مواجه هستند. بدیهی است، معتادانی که در ترک اعتیاد خود بیشتر موفق بوده‌اند، قبل از این که به درمان اعتیاد خود بپردازند، سیگار را ترک کرده باشند. اکنون، هشدار ما به معتادانی که در حال حاضر عادت سیگار کشیدن خود را در زمان درمان تغییر داده‌اند، این است که احتمال دارد خطر روحی روانی و مسائل شغلی آنان افزایش یابد. یک تصمیم مهم در این وضعیت دشوار این است که معتادان را تشویق کنیم که فقط قبل از مراجعه برای درمان، سیگار را ترک کنند. مناسب‌ترین وقت برای ترک سیگار، زمانی است که بیماران دوره انتظار برای پذیرش در مراکز درمانی را می‌گذرانند (استوارت و آل ۲۰۰۰).

از سوی دیگر، با توجه به فوریت رسیدگی به اعتیاد، شاید به تأخیر انداختن برنامه درمانی آنان سنجیده نباشد؛ از این رو، باید به معتاد اطمینان بدهیم که قبل از درمان اعتیاد خود موقعیت ویژه‌ای برای ترک سیگار فراهم شده است. در هر حال، ثبات و پایداری در اجتناب از سیگار (نه در مرحله حاد) در بین معتادانی که سیگاری هستند، به نوعی سلامت فرد را به میزان بالایی افزایش می‌دهد. بعضی قرائن نشان می‌دهد که احتمال موفقیت در ترک هر دوئین بسیار زیاد است

و احتمال حساسیت و آسیب‌پذیری مجدد معتادان کم می‌شود. گرچه، تلاش برای تغییر وضعیت سیگاری‌ها و درمان معتادان، در ظاهر با خطر بروز موقت مسائل روانی گوناگون و مشکلات کاری همراه است.

با توجه به شاخص مهم علمی استعمال توتون که موجب بیماری و مرگ نابهنگام می‌شود (USDHHS ۱۹۹۴)، با توجه به این دلیل منطقی که معتادان با ترک سیگار به رفع اعتیاد کمک می‌کنند (برنشتاین و استادوتو، ۱۹۹۹؛ فروش، شاپ تو و جارویک، راسون و لینگ، ۱۹۹۸؛ سیز و کلارک ۱۹۹۹) و با توجه به اثر روزافزون اجتناب طولانی مدت از توتون و علاقمند شدن معتادان به ترک اعتیاد خود و پیروی از این قبیل خدمات سودمند ترک سیگار، به جامعه معتادان توصیه می‌شود که از قبل و یا مدتی بعد از درمان سیگار، شروع به ترک اعتیاد کنند، نه در زمانی که در حال درمان هستند. ضروری است که بیشتر محققان احتمالات را ارزیابی کنند و اثر مفید ترک سیگار را قبل از نام‌نویسی برای درمان ترک اعتیاد یادآور شوند.<sup>۱</sup>

---

۱- این اثر از سوی برنامه تحقیق بیماری مرتبط با تنباکو کالیفرنیا مورد حمایت بوده است، گرانت ۰۱۶۲-۰۷RT. همچنین دکتر هسر (Hser) از مؤسسه ملی سوء استعمال مواد مخدر با یک جایزه علمی ویژه، مورد تشویق و حمایت قرار گرفت (K۰۲DA۰۰۱۳۰).