

## Effective Programs and Interventions in Prevention and Reduction of Tobacco Use in Communities: A Review Study

Ali Bahari,<sup>1</sup> Soudabeh Marin<sup>1</sup>, Leila Nikniaz<sup>2</sup>, Jafar Sadegh Tabrizi<sup>2</sup>, Mohammad Hasan Sahebihagh<sup>3</sup>, Ali Fakhari<sup>4</sup>, Motahare Allame<sup>5</sup>, Masoumeh Arshinchi<sup>5</sup>, Aliyeh Farahani<sup>5</sup>, Mina TabaTabaie<sup>5</sup>, Reyhaneh Sanayie<sup>5</sup>, Asghar Mohammadpoor asl\*<sup>6</sup>

### Article Info:

#### Article History:

Received: 04/17/2018

Accepted: 05/24/2018

Published: 09/21/2018

#### Keywords:

Preventive Interventions  
Tobacco Prevention  
Community-Based  
Interventions  
Smoking  
Hookah

### Abstract

According to the World Health Organization's report, tobacco use is the first preventable leading cause of deaths in the world. While the prevalence of tobacco use is declining in high-income countries, this prevalence is increasing in the low-income and middle-income countries. Daily, 205 thousand USD and 386 million USD annually spent on cigarette purchasing in Iran, and the health system of the country pays about 1 billion and one hundred and sixty million USD to cure the complications of cigarette smoking. The present study aimed at determination of effective programs and interventions applied in prevention and reduction of tobacco use in societies. Medical databases were searched, related studies retrieved and their content reviewed and classified. According to the results of this study, programs and interventions for prevention and reduction of tobacco use were categorized in six domains including: "studies at different levels of age and groups," "studies in the physical and community environment," "tax and price studies," "electronic cigarette smoking studies," "harm reduction studies," and "interventions facilitating solutions." The results of the study, suggests the followings as appropriate strategies that fit the culture and abilities of the Iranian health system: "culture, the establishment and application of rules", "interventions with a focus on specific groups", "education at all levels and interventions," "organizing training courses and emphasizing the role of the family in protecting adolescents" and "free drug therapy".

**Citation:** Bahari A, Marin S, Nikniaz L, et al. Effective Programs and Interventions in Prevention and Reduction of Tobacco Use in Communities: A Review Study. *Depiction of Health* 2018; 9(2): 134-148.

1. Department of Statistics & Epidemiology, Health Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Tabriz Nursing-Midwifery School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
5. Elderly Health Office, Department of Community, Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
6. Tabriz Health Services Management Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran  
(Email: ampoorasl@gmail.com)

## برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف دخانیات در جوامع: یک مطالعه مروری

علی بهاری<sup>۱</sup>، سودابه مارین<sup>۱</sup>، لیلیا نیک‌نیا<sup>۲</sup>، جعفرصادق تبریزی<sup>۳</sup>، محمدحسن صاحبی‌حق<sup>۴</sup>، علی فخاری<sup>۴</sup>، مظهره علامه<sup>۵</sup>، معصومه آرشین‌چی<sup>۵</sup>، عالییه فراهانی<sup>۵</sup>، مینا طباطبایی<sup>۵</sup>، ریحانه سنایی<sup>۵</sup>، اصغر محمدپوراصل<sup>۶\*</sup>

### چکیده

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت مصرف دخانیات، کماکان اولین عامل قابل پیشگیری مرگ‌ومیر در دنیا است. درحالی‌که در کشورهای با درآمد بالا، فراوانی مصرف دخانیات روبه‌کاهش گذاشته است. در کشورهای با درآمد کم و متوسط این فراوانی روبه‌افزایش است. در ایران روزانه ۹۲۰ میلیون و چهارصد هزار تومان و سالانه هزار و ۷۴۰ میلیارد تومان صرف خرید سیگار می‌شود و نظام سلامت کشور برای درمان عوارض ناشی از سیگار، حدود ۵ هزار و دویست و بیست میلیارد تومان می‌پردازد. این مطالعه با هدف تعیین برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف دخانیات در جوامع انجام شد. پایگاه‌های اطلاعات پزشکی جست‌وجو، مطالعات مرتبط بازایی، محتوای آنها بررسی و طبقه‌بندی شدند. برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف دخانیات در شش حیطه طبقه‌بندی شدند. این حیطه‌ها شامل "مطالعات در سطوح مختلف سنی و گروه-ها"، "مطالعات در محیط فیزیکی و سطح اجتماع"، "مطالعات مالیات و قیمت"، "مطالعات سیگار الکترونیکی"، "مطالعات کاهش آسیب" و "راهکارهای تسهیل مداخلات" می‌باشند. نتایج حاصل از این مطالعه، "فرهنگ‌سازی، وضع و اعمال قوانین"، "مداخلات با رویکرد تمرکز بر گروه‌های خاص"، "آموزش در تمامی سطوح و مداخلات"، "برگزاری دوره‌های آموزشی و تاکید بر نقش خانواده در حمایت از نوجوانان" و "دارودرمانی رایگان" را به-عنوان راهکارهایی مناسب و متناسب با فرهنگ و توانایی‌های سیستم بهداشتی کشور، پیشنهاد می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** مداخلات پیشگیری‌کننده، پیشگیری از دخانیات، مداخلات مبتنی بر جامعه، سیگار، قلیان

نحوه استناد به این مقاله: بهاری ع، مارین س، نیک‌نیا ل و همکاران. برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف دخانیات در جوامع: یک مطالعه مروری. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۲(۲۹): ۱۳۴-۱۴۸.

۱. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. اداره سلامت میانسالان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، تهران، ایران
۶. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: ampoorasl@gmail.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کربیتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

## مقدمه

کشورهای توسعه‌یافته صنعتی، منجر به کاهش شیوع مصرف سیگار شده، اما این شیوع به‌ویژه در سنین پایین در کشورهای در حال توسعه و یا کم‌درآمد در حال افزایش است (۲۰).

باتوجه به آخرین گزارش‌ها، نیاز به مداخلات شیوه زندگی صحیح برای اصلاح فاکتورهای خطر رفتاری و کلینیکی و پیشگیری از افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و تصادفات ضروری می‌باشد. مداخلات جامعه‌محور مؤثر در این زمینه، درگرو برنامه‌ریزی براساس شواهد است. طرح‌های مداخلاتی برای مداخلات و بهبود کیفیت، باید براساس روش‌های مبتنی بر شواهد تدوین و پیاده‌سازی شوند. پنج مرحله اساسی برای اجرایی کردن مداخلات براساس شواهد وجود دارد که عبارت‌اند از؛ ۱- پرسیدن یک سؤال متمرکز، ۲- پیدا کردن بهترین شواهد در دسترس، ۳- ارزیابی انتقادی شواهد، ۴- تغییر عمل براساس شواهد، ۵- ارزشیابی عملکرد (۲۱). لذا ضروری است تا با یافتن راهکارهایی مناسب و متناسب با فرهنگ و توانایی‌های سیستم بهداشتی کشور، در جهت پیشگیری، کاهش و کنترل پیامدهای نامطلوب ناشی از دخانیات اقدام نمود. مطالعه حاضر به منظور یافتن بهترین شواهد و برنامه‌های مداخلاتی جامعه‌محور انجام یافته در جهان و ارزیابی این مداخلات در حیطه کاهش مصرف دخانیات، انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر مروری بوده و همانند سایر مطالعات مروری، با استفاده از بررسی یافته‌ها و نتایج سایر مطالعات انجام شده است. بدین منظور تیمی متشکل از اعضای هیئت علمی متخصص و پژوهشگران، جهت انتخاب سؤال پژوهشی، بازبایی مطالعات، انتخاب مطالعات مرتبط، ارزیابی کیفیت مطالعات، استخراج مطالعات کارآمد و ارائه یافته‌ها، تشکیل شد. ابتدا به منظور ایجاد سرچ، استراتژی مناسب جهت جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با موضوع، کلیدواژه‌ها و مترادف‌های آنها ذکر شدند. سپس با استفاده از عملگرهای بولی، واژه‌های مترادف باهم به صورت OR و با بقیه کلمات AND شدند، تا مناسب‌ترین پوشش اطلاعات را داشته باشیم. استراتژی جست‌وجو به هر دو زبان فارسی (برای پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی) و انگلیسی (برای پایگاه‌های انگلیسی زبان) ایجاد شد. استراتژی زیر، نمونه‌ای از استراتژی جست‌وجو برای پایگاه‌های انگلیسی زبان می‌باشد.

(Smoking OR Hookah OR Tobacco OR Cigar\* OR Bubble OR Hubble OR Waterpipe OR shisha) AND (Reduce\* OR Cessation\* OR Prevent\* OR Control) AND (Community base OR Community-base OR

مصرف دخانیات به‌عنوان یکی از عوامل خطر مهم و تهدیدکننده سلامتی شناخته شده است که این عوامل در ۵۰ درصد مرگ‌های زود هنگام دخیل هستند (۱). مصرف سیگار از جمله رفتارهای غیربهداشتی می‌باشد که سلامتی جامعه را به‌خطر انداخته و هزینه‌های قابل توجهی را بر دوش جوامع می‌گذارد (۲). دخانیات به‌طور کلی شامل محصولات هستند که بخشی یا تمامی مواد اولیه آن از برگ تنباکو تهیه می‌شود. در دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، مصرف دخانیات به‌عنوان یک بیماری به ثبت رسیده است (۳). افراد سیگاری یک جمعیت آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، زیرا در معرض بیماری‌های مختلف قرار دارند و میزان‌های ابتلا و مرگ‌ومیر در آنها بالاست (۴) و تخمین زده می‌شود که تقریباً نیمی از افرادی که امروزه سیگار می‌کشند، یعنی حدود ۶۵۰ میلیون نفر، سرانجام به‌علت مصرف تنباکو خواهند مرد (۵). شواهد حاکی از آن است که دخانیات عامل بروز ۹۰ درصد سرطان‌های ریه، ۴۰ درصد دیگر سرطان‌ها، ۷۵ درصد بیماری‌های تنفسی، ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی-عروقی، مرگ‌های بین ۵۰-۳۰ سالگی و کل مرگ‌هاست (۶). دخانیات مسئول هزاران سقط خودبه‌خودی، کم‌وزنی زمان تولد، مرگ ناشی از اختلالات حول تولد و مرگ ناگهانی کودک است (۷). همچنین یک عامل خطر مستقل برای ابتلا به سل ریه بوده (۸) و مصرف آن سلامت تمامی افرادی که در معرض دود آن قرار می‌گیرند را به‌خطر می‌اندازد (۹). دخانیات عامل افزایش احساس درد به‌دنبال جراحی (۱۰)، عامل خطر بیماری عروق کرونری (۱۱)، عامل افزایش سکتة مغزی (۱۲) با سلامت روانی مرتبط (۱۳) بوده و ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی و احساسات منفی در سیگاری‌ها بیشتر است (۱۴).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، مصرف دخانیات کماکان اولین عامل قابل پیشگیری مرگ‌ومیر در دنیا است (۱۵). مصرف دخانیات چهارمین عامل مهم خطر برای ایجاد بار جهانی بیماری‌ها، دومین عامل مرگ‌ومیر در جهان و مسئول مرگ پنج میلیون نفر در سال است و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰ میلیون مرگ برسد (۱۶). روزانه حدود ۱۰۰-۸۰ هزار نوجوان شروع به مصرف دخانیات می‌کنند (۱۷). در حالی که در کشورهای با درآمد بالا، فراوانی مصرف دخانیات روبه‌کاهش گذاشته است (۱۸)، در کشورهای با درآمد کم و متوسط این فراوانی روبه‌افزایش است (۱۷). به‌طوری‌که بیش از ۸۰ درصد از ۱/۳ میلیارد مصرف‌کننده جاری دخانیات در این کشورها زندگی می‌کنند (۱۹). اگرچه در سال‌های اخیر برنامه‌های بهداشتی در برخی

قلیان نیز در جهان امروزی به عنوان یک ابزار تفریحی در نظر گرفته می شود تا به عنوان دارو؛ با این وجود محبوبیت مصرف قلیان به اوج تازه ای دست یافته است. والدین به فرزندان شان اجازه مصرف قلیان را می دهند ولی از مصرف سیگار آنها را پرهیز می کنند (۲۶).

در مطالعات مختلف تاکید شده است که رفتارهای پر-خطر، وقوع همزمان (Co-occurrence) دارند و وجود یکی از این رفتارها زمینه را برای حضور دیگری فراهم می نماید (۲۷). مطالعات بیان کرده اند که مصرف سیگار و قلیان در نوجوانان با مصرف در همسالان (۲۴)، باورهای غلط و نگرش مثبت (۲۸)، آگاهی از مضرات و اعتیادآور بودن (۲۹)، ارتباط دارد. برخی از مداخلاتی که پیشنهاد شده بودند شامل: برگزاری دوره های آموزشی مورد نیاز به طور مداوم و مستمر و تکرار آنها (۳۰)، آموزش های طراحی شده بر اساس مدل کمپ (Kemp model) (۳۱)، مهیا نمودن خدمات سلامت روان، افزایش نظارت (۳۲)، حمایت خانواده (۳۳) و اجرای سیاست کنترل تنباکو در محل هایی مانند محیط های دانشگاهی (۳۴) می شود. با توجه به اینکه نوجوانان و دانشجویان، مدیران و اداره کنندگان آینده کشور هستند، لزوم در نظر گرفتن خدمات پیشگیرانه و آموزش مهارت های زندگی ضروری می باشد (۳۵).

### مطالعات و مداخلات در گروه سنی بزرگسالان

از نظر مرگ، سال های بالقوه از دست رفته زندگی و سود از-دست رفته ناشی از سرطان های مختلف مرتبط با سیگار، سرطان ریه سهم بزرگی را به خود اختصاص داده است و نتایج نشان داده اند که سیگار بار اقتصادی بزرگی بر دوش سیستم سلامت و جامعه محسوب می گردد. در صورتی که هیچ کسی سیگار مصرف نکند، تقریباً دو مورد از ۱۰ مورد مرگ-های سرطانی ها قابل پیشگیری می شوند (۳۶). میانگین ماندن در بیمارستان برای افراد سیگاری و افراد با سابقه مصرف سیگار، طولانی تر از افراد غیرسیگاری می باشد (۳۷). همچنین مصرف قلیان نیز یک مشکل بهداشت عمومی در جهان مطرح می باشد (۳۸). مصرف قلیان در حال تبدیل شدن به شایع ترین روش استفاده از تنباکو در جوانان منطقه مدیترانه شرقی می-باشد، و در جاهای دیگر محبوبیت آن به سرعت در حال افزایش می باشد. در یک دهه اخیر، استفاده از قلیان تبدیل به یک اپیدمی شده است و محبوبیت آن در بین جوانان، از سیگار بیشتر شده است (۳۸). مطالعات نشان داده اند که افرادی که قلیان مصرف می کردند، ۲/۳ برابر افرادی که قلیان مصرف نمی کردند، مستعد به مصرف سیگار بودند. به این دلیل که احتمالاً محدودیت دسترسی و همچنین قابلیت حمل قلیان باعث می شود که مصرف کنندگان قلیان که در طول زمان وابستگی زیادی به نیکوتین پیدا کرده اند، میل بیشتری به

### Population base OR Population-base OR Intervent\* OR Program\*)

پایگاه های اطلاعات پزشکی نظیر؛ پایگاه های Scopus، PubMed، Embase، Ovid، Cochrane، Google Scholar، SID، ScinceDirect و SafeLir جست و جو شده و خروجی آنها در نرم افزار اندنوت (EndNote) ذخیره شد. موارد تکراری در داخل نرم افزار حذف شدند و سپس از روی عنوان و چکیده متون، موارد مرتبط با این مطالعه مورداستفاده قرار گرفتند. در حین مطالعه مقالات، رفرنس های خود مقالات مورد مطالعه نیز برای یافتن مطالعات مرتبط استفاده شدند. در صورت نیاز به متن کامل مقالاتی که فقط چکیده آنها در اختیار ما بود، از نویسندگان مقالات درخواست شد، تا متن کامل را در اختیار ما قرار دهند. هر متنی ابتدا از روی عنوان و چکیده و سپس کل محتوا مطالعه شده و اطلاعات مورد نیاز از آن استخراج و نتایج هریک در قالب متن و با چهارچوب مشابه ذخیره شدند. در ادامه سعی شد تا از یافته های مطالعات، بهترین استفاده را کرده و آنها را در طبقه بندی مناسبی قرار داد، تا به سهولت بتوان نتایج مشابه و مرتبط را در کنار هم بررسی نموده و مداخلات کارآمد را مشخص کرد.

### یافته ها

آنچه در زمینه مداخلات کارآمد پیشگیری کننده و کاهش دهنده مصرف دخانیات در جوامع مشاهده می شود، در قالب چند محور قابل بررسی است:

### ۱. مطالعات و مداخلات انجام شده در سطوح مختلف

#### سنی و گروه ها

#### مطالعات و مداخلات در گروه سنی نوجوانان

اساساً مداخلات انجام شده در خصوص پیشگیری یا کاهش مصرف تنباکو با توجه به گروه هدف طراحی می گردند و یکی از ویژگی های گروه هدف که در طراحی مداخلات تاثیر دارد، سن افراد می باشد. در زمینه مصرف محصولات تنباکو اعم از سیگار و قلیان، سن یک فاکتور مهمی است؛ از این نظر که زمان شروع اولین مصرف بسیار مهم می باشد و عموماً هرچه سن آغاز مصرف پایین تر باشد، به مراتب احتمال مصرف دائمی نیز بیشتر می گردد (۲۲) و مطالعات نشان داده اند که پایین تر بودن سن اولین مصرف، موجب سخت تر شدن ترک مصرف می-گردد (۲۳). حدوداً ۷ درصد از نوجوانان کشورمان سیگاری هستند و ۲۷ درصد از آنها سیگار آموخته اند و مصرف سیگار در نوجوانان ایرانی یک نگرانی بزرگ برای بهداشت عمومی کشور محسوب می شود (۲۴). در ایران شیوع مصرف سیگار در پسرها بیشتر از دختران بود، روند افزایشی در شیوع مصرف سیگار در نوجوانان ایرانی وجود دارد و میزان سیگاری شدن در میان نوجوانان ایرانی بالا می باشد (۲۵).

ترک می‌گردد (۴۷). یافته‌های مداخلات انجام‌شده، پیشنهاد داده‌اند که بایستی برنامه‌های مختلف و متناسبی طراحی گردد تا این گروه افراد بتوانند انتخابی از بین برنامه‌ها داشته باشند، حمایت‌های روانی-اجتماعی توسط متخصصین مراقبت سلامت شود، درمان‌ها به‌طور فردی به نیازهای ویژه افراد اختصاص یابد و دارودرمانی رایگان باشد (۵۰). برنامه‌های انجام‌شده‌ای نیز وجود دارند که موفق بوده‌اند، نظیر برنامه مامزکوویت (Mums Quit) که یک برنامه با ماهیت خوشایند و بالقوه کمک‌کننده حمایتی هست برای زنان بارداری که دنبال برنامه حمایتی آنلاین برای ترک اعتیاد هستند (۵۱). به-منظور کاهش مصرف سیگار در جمعیت بزرگسالان مسن نیز، می‌توان از افزایش مالیات سیگار به‌عنوان یک روش استفاده نمود (۵۲) همچنین علاوه بر کاهش میزان‌های ترک در میان بزرگسالان سالمند، بازخورد دیگر این مداخله این است که منجر به کاهش ریسک سرطان‌های مرتبط با سیگار و بیماری‌ها در این گروه پرخطر، می‌گردد (۵۳).

## ۲. مطالعات و مداخلات در محیط فیزیکی و سطح اجتماع

### مطالعات و مداخلات در محل کار (Workplace)

علاوه بر مطالعاتی که در این مطالعه بررسی شده‌اند، به‌طور کلی یافته‌های مطالعاتی که در زمینه اعمال محدودیت یا ممنوعیت مصرف سیگار در محل کار انجام شده‌اند، حاکی از مؤثر بودن این مداخلات بودند. مؤثر بودن این مداخلات معمولاً به‌صورت کاهش تعداد سیگارهای مصرفی، افزایش تمایل به ترک (۵۴) و کاهش میزان‌های مصرف (۵۵) گزارش شده‌اند.

### مطالعات و مداخلات مبتنی بر مدارس (School-based)

مطالعات انجام‌شده بر روی دانش‌آموزان و مدارس، مداخلات متنوعی را برای کاهش و یا ترک مصرف دخانیات پیشنهاد داده‌اند. از جمله روش‌های آموزش بحث گروهی (۵۶)، سخنرانی، بسته آموزشی (۵۷)، مداخله آموزشی بر-اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (۵۸)، اعمال سیاست-های مدارس عاری از سیگار (۵۹)، تصویب قانون ممنوعیت مصرف سیگار (۶۰)، مداخله آموزشی با ارتقاء عزت‌نفس، خودکنترلی، خودکارآمدی، مهارت حل مسئله (۶۱)، پیشگیری از استعمال سیگار در مدارس بر مبنای تئوری رفتار برنامه-ریزی شده (۶۲) و افزودن فعالیت فیزیکی به برنامه‌ها (۶۳). با توجه به اینکه شروع مصرف سیگار یک پیشگوکننده قوی برای رفتار مصرف سیگار در آینده می‌باشد (۶۴) و رفتارهای خطرپذیر وقوع همزمان دارند، لذا ضرورت دارد تا برنامه‌های کاهش‌دهنده و پیشگیری‌کننده از رفتارهای پرخطر، به‌طور همزمان اجرا گردند (۶۵).

مصرف سیگار داشته باشند (۳۹) و این امر بیانگر مرتبط بودن مصرف مواد دخانی باهمدیگر می‌باشد (۲۷). از نظر علت-شناسی مصرف محصولات تنباکو، مطالعات نشان داده‌اند که افراد اعتقاد دارند که ضرر قلیان کمتر از سیگار است، قلیان اعتیاد کمتری دارد (۴۰)، حتی در بین برخی از دانشجویان پزشکی نیز، سطح آگاهی در مورد اثرات مضر محصولات تنباکو پایین است (۴۱).

در زمینه مداخلات انجام‌شده، مطالعات بیان کرده‌اند که احتمالاً دارودرمانی تکی و ترکیبی و مشاوره، هر یک به‌تنهایی یا به‌طور ترکیبی می‌توانند به‌طور معناداری ترک را زیاد کنند (۴۲)، افرادی که فقط مشاوره گروهی را دریافت کرده بودند دو برابر افرادی که هم مشاوره و هم مداخلات دارویی را گرفته بودند، احتمال داشت تا سیگار بکشند (۲۲). حذف دیدگاه‌های مثبت نسبت به قلیان، ریلکس‌سازی، افزایش توانایی "نه" گفتن و مقاومت در برابر وسوسه‌های مصرف قلیان، فرهنگ‌سازی و وضع قوانین قوی، مؤثر هستند (۴۳)، سیاست‌های مربوط به تنباکو، بایستی قلیان را هم‌تراز با سیگار در نظر داشته باشند (۴۴)، الزام استفاده از آگهی هشدار سلامتی که به‌وضوح وجود تنباکو در قلیان را بیان کند، ممانعت از فروش به افراد نابالغ و خردسال، استفاده از برنامه‌های آموزشی برای توضیح مضرات مصرف تنباکو به جمعیت عمومی، سیاست‌ها و قانون‌گذاری‌هایی به‌منظور حمایت مردم از اثرات مضر محصولات تنباکو (۴۵) و برنامه‌های ترک، نیازمند یک رویکرد همه‌جانبه بوده و بایستی این عوامل در طراحی و تنظیم مطالعات مدنظر باشند (۴۶).

### مطالعات و مداخلات در زنان و سالمندان

با وجود حجم قابل‌قبولی از مطالعات در گروه‌های مختلف سنی، مطالعات کمی در خصوص برنامه‌های ترک مصرف تنباکو در زنان و سالمندان انجام شده است (۴۷). بررسی‌های کمتری به بررسی نیازهای ویژه و دشواری‌های ترک سیگار در این گروه پرداخته‌اند (۴۸) و مطالعات بر مشارکت این افراد در مداخلات و برنامه‌های ترک سیگار، تأکید دارند (۴۹). نتایج مطالعه ونکاتشان (Venkateshan) و همکاران بر روی زنان سالمند روستایی نشان داده بود، که افراد مخالف ترک سیگار بودند. زیرا آن را برای سلامتی خوب می‌دانستند، مخالف این موضوع بودند که سایر افراد خانواده نیز تحت‌تأثیر سیگار کشیدن آنها هستند، مخالف این بودند که مصرف سیگار عوارض جدی تنفسی را ایجاد می‌کند، در مورد عوارض سیگار ناآگاه بودند، اکثریت افراد سیگار کشیدن را از سن ۲۰ سالگی و معمولاً با دوستان آغاز کرده بودند، قویاً موافق بودند که سیگار برای کاهش استرس کمک‌کننده می‌باشد و روش قابل‌قبولی برای آرام شدن است و نتایج این مطالعه نشان داد که آگاهی از اثرات بد مصرف، کمتر موجب

به منظور تعیین هزینه اثربخشی و عملکرد سرویس رسانه‌ای ترک سیگار مبتنی بر متن و موبایل به این نتیجه رسیده بود، که یافته‌ها با میزان بالای موفقیت در مطالعات مشاوره تلفنی در بزرگسالان جوان همخوانی داشته و تاییدی بر این است که سرویس رسانه موبایل و متن ویژه بزرگسالان جوان قابلیت انجام دارد و بالقوه هزینه اثربخش می‌باشد (۷۲). در مطالعه دیگری، شوهونگژو (Shu-hong zhu) بعد از بررسی مطالعات مختلف، اینگونه بیان کرده بود که این روش بهترین شکل دستیابی به ارائه خدمات توقف مصرف را دارد. این روش به راحتی می‌تواند برای کامل کردن سایر رویکردهای جمعیت‌ای ترک مصرف سیگار استفاده شود، مانند کمپین‌های رسانه‌های جمعی. کنشگر بودن و سهولت اجرای این روش باعث می‌شود تا به عنوان درمان کمکی (Adjuvant) برای توصیه‌های پزشکی و درمان جایگزین نیکوتین استفاده گردد (۵۴).

### مطالعات و مداخلات مبتنی بر جامعه: کمپین رسانه جمعی (Mass media campaign)

مطالعات مختلفی که به بررسی نقش کمپین رسانه جمعی پرداخته‌اند، تقریباً نتایج مثبتی را گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای که در انگلستان انجام شده بود، نشان داد که صرف هزینه ماهیانه بیشتر برای کمپین‌های رسانه جمعی کنترل تنباکو در انگلستان با میزان‌های ترک موفق بالاتر ارتباط دارد (۷۳). نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از این بود که کمپین رسانه آنلاین برای ارتقاء برنامه‌های ترک اعتیاد بوده و یک جزء جدایی‌ناپذیر برای برنامه‌های مداخله جامع ترک در جوانان می‌باشند (۷۴) و اجرای کمپین ملی ترک اعتیاد از طریق برنامه‌های جمعی و رسانه‌ای در افزایش آگاهی از خدمات ترک در مصرف‌کنندگان، اقدام به ترک و تمایل به ترک، مؤثر بوده است (۷۵). اما با این وجود، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که به طور قطع نمی‌توان گفت که مداخلات رسانه جمعی در رفتار ترک در جوانان تاثیر داشته باشد (۷۶).

### ۳. مطالعات و مداخلات مرتبط با مالیات و قیمت دخانیات

یکی از ابزارهای کنترل مصرف دخانیات در کشورهای مختلف، افزایش مالیات و قیمت می‌باشد. طی یک مطالعه در ژاپن، افزایش قیمت تنباکو تاثیر قابل توجهی در توقف مصرف در هر دو جنس داشت، خصوصاً در میان سیگاری‌های قهار (۷۷)؛ در برخی از کشورها نیز نتایج مشابهی مشاهده شده است (۷۸). به منظور کاهش مصرف سیگار در جمعیت بزرگسالان مسن، می‌توان از افزایش مالیات سیگار به عنوان یک روش استفاده نمود (۵۲). افزایش مالیات سیگار علاوه بر کاهش میزان‌های ترک در میان بزرگسالان سالمند، به طور غیرمستقیم منجر به کاهش ریسک سرطان‌ها و بیماری‌های

### مطالعات و مداخلات مبتنی بر خانواده (Family-based)

در زمینه مؤثر بودن مداخلات مبتنی بر خانواده، مطالعات با یافته‌های متفاوتی وجود دارند. آنچه که بیشتر مطالعات به آن تاکید داشتند، تشویق به بار آوردن فرزند مقتدر (۶۶) و استفاده از یک برنامه‌ای بود که با هدف قرار دادن جوانان به منظور تشویق آنان به رابطه مثبت با خانواده و تحریک جوانان به تفکر واقع‌بینانه‌تر در مورد آینده خودشان بود (۶۷). در زمینه برنامه‌های ترک دخانیات، می‌توان نقش والدین و سیستم‌های مراقبت سلامت را به عنوان درجه‌ای برای انتقال پیام‌های پیشگیری، بسیار مهم دانست (۶۸).

در مطالعه مروری انجام شده به وسیله هابارد (Hubbard) و همکاران، از بین مطالعات شناسایی شده مجموعاً هشت کارآزمایی وارد این مطالعه شده بودند، مدت پیگیری‌ها از شش هفته تا پنج سال متغیر بود و گروه‌های هدف اصلی شامل: زنان حامله، زنان حامله سیگاری، مردان در خطر بیماری‌های قلبی، بزرگسالان سیگاری، والدین سیگاری، زوج‌هایی که هر دو سیگاری‌اند، بود. جمعاً سه مطالعه بودند که رفتارهای مصرف سیگار مبتنی بر خانواده را بررسی کرده بودند و از بین این مطالعات هیچ کدام تغییرات معناداری بین گروه‌ها در رفتار مصرف سیگار گروه هدف اصلی مشاهده نکرده بودند. هنوز مداخلات ترک سیگار مبتنی بر خانواده که مهار یا تغییر اثر اعضای خانواده بر رفتار مصرف سیگار در مسیر مثبتی باشد، در حال توسعه می‌باشد. بنابراین کماکان رویکردهای فردی برای ترک سیگار پابرجا خواهند ماند (۶۹).

### مطالعات و مداخلات مبتنی بر جامعه (Community-based)

مطالعات مبتنی بر جامعه عموماً وسیع بوده و جوامع را در نظر می‌گیرند. نتایج یکی از بررسی‌ها نشان داده است که تعیین‌کننده اصلی برای ترک سیگار، عوامل اجتماعی - دموگرافیکی نظیر: جنسیت، سن و سطح تحصیلات می‌باشند (۷۰). در برخی از مطالعات باورهای مبنی بر تاثیر مصرف سیگار بر سلامت فرد و یا نارضایتی همسر فرد سیگاری، ارتباط مثبتی با اقدام برای ترک داشت؛ همچنین لذت از مصرف سیگار ارتباط منفی با اقدام برای ترک مصرف داشت (۲۳). به طور کلی مطالعات نشان داده‌اند که ما در طراحی و اجرای کارآزمایی‌های بالینی مبتنی بر جمعیت، نیازمند درگیر کردن جوامع هستیم (۷۱).

### مطالعات و مداخلات مبتنی بر جامعه: (تلفن همراه)

مطالعاتی که در خصوص استفاده از تلفن همراه برای مداخله‌های ترک مصرف در افراد انجام شده بودند، از نظر نوع استفاده (پیامک، تماس، ارتباط ویدیویی و غیره) ناهمگن بودند. مطالعه انجام شده توسط رامیرز (Ramirez) و همکاران

های کنترل دخانیات‌ای که در بین افراد تمایل‌دار به ترک، باعث ترک موفقیت‌آمیز شده است (۸۷). همچنین یافته‌ها نشانگر اثربخشی آموزش با استفاده از مدل مراحل تغییر در افزایش موارد ترک سیگار بیماران بود. لذا آشنایی دندان-پزشکان با آموزش در قالب مدل مراحل تغییر به‌منظور ترک سیگار توصیه شده است (۸۸). بنابراین نقش آموزش و توصیه‌های رفتاردرمانی در اجرای برنامه‌های ترک سیگار ضروری به‌نظر می‌رسند (۸۹).

#### ۶. راهکارهایی به‌منظور تسهیل مداخلات در جوامع

به‌منظور تسهیل مداخلات مرتبط با کاهش مصرف تنباکو در جوامع، راهکارهایی پیشنهاد شده است، از جمله: شناسایی جوانان از طریق هم‌گروه‌ها به‌عنوان یک استراتژی مفید برای مداخلات پیشگیری از مصرف سیگار در نوجوانان (۹۰)، انتخاب استراتژی‌هایی که ماهیت پویا گرایانه داشته و نیازمند افزایش مدت ارتباط با شرکت‌کنندگان مستعد باشد (۹۱)، لذت از مصرف سیگار، مهمترین دلیل در عدم ترک سیگار در پایان دوره ذکر شده است؛ پس، دلایل مصرف سیگار بر نتیجه ترک مؤثر است و بایستی دلایل مصرف سیگار فرد در برنامه ترک سیگار لحاظ گردد (۹۲)، به‌نظر می‌رسد بهترین زمان برای شروع برنامه-های درمانی ترک سیگار، زمانی است که فرد آماده برای ترک، نمره بالاتری از تست انگیزشی به‌دست‌آورد (۹۳)، مشوق‌ها در بهبود پرهیز از مصرف سیگار در جمعیت عمومی سیگاری‌ها همچنین پرهیز در سوءمصرف‌کنندگان، نوجوانان، بیماران ریوی، بیماران با بیماری‌های جدی روانی و سایر زیرگروه‌های چالش-برانگیز، تمرینش بوده‌اند. مطالعات فراوانی به‌طور یکپارچه نشان داده‌اند که مشوق‌ها در کاهش مصرف داروهای غیرقانونی مؤثر بوده‌اند و قسمت اعظمی از شواهد مؤثر بودن مشوق‌ها در کاهش مصرف سیگار را تایید کرده‌اند. طبق شواهد، درمان‌های مبتنی بر مشوق جهت استفاده در محیط بالینی (Setting) و جمعیت‌ها در-حال اشاعه و پیشرفت می‌باشد (۹۴).

#### بحث

جمع‌بندی و تحلیل مطالعات موردبررسی، نشان از ضرورت توجه سیستم سلامت کشور به اهمیت پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات به‌عنوان یک معضل مهم بهداشتی و به‌کارگیری مداخلات متناسب با فرهنگ و توانایی‌های سیستم بهداشتی کشور دارد. می‌دانیم که اگر پژوهش‌ها، سیاست‌های مالیاتی و آموزش‌های بهداشتی مرتبط با فرآورده‌های تنباکو صرفاً بر روی سیگار متمرکز شوند، شیوه‌های دیگر مصرف تنباکو شایع‌تر می‌گردند (۴۵) و برنامه‌های کاهش‌دهنده یا پیشگیری‌کننده، بایستی همزمان اجرا گردند (۶۵). بنابراین ضرورت دارد تا با الهام گرفتن از نتایج مداخلات در جوامع مختلف، برنامه‌ای یکپارچه برای مداخله در ابعاد مختلف دخانیات انجام شود. جدول ۱ حاوی

مرتبط با سیگار در این گروه پرخطر، می‌گردد (۵۳). همچنین افزایش مالیات دخانیات یکی از موثرترین راه‌های کنترل دخانیات در نوجوانان نیز می‌باشد. تبلیغات ضد دخانیات همراه با افزایش مالیات سیگار، بر تغییر رفتار مصرف نوجوانان تأثیر می‌گذارد (۷۹). به‌طور کلی می‌توان گفت که قیمت سیگار بر مصرف سیگار و توقف مصرف آن تأثیر دارد (۵۴). بایستی توجه داشت که برخی از افزایش قیمت‌ها به-صورت افزایش قیمت کارخانه می‌باشد و نه در مالیات (۸۰).

#### ۴. مطالعات و مداخلات مرتبط با استفاده از سیگار الکترونیکی

نتایج مطالعاتی که در زمینه استفاده از سیگار الکترونیکی انجام شده است، مؤثر بودن آن را کاملاً تایید یا رد نکرده‌اند و شواهد همچنان بدون نتیجه قطعی می‌باشد (۸۱). در برخی از مطالعات گزارش شده است که استفاده از سیگارهای الکترونیکی برای ترک سیگار در افراد سیگاری تفاوت معناداری در میزان‌های ترک ایجاد نکرده (۸۲) و در برخی دیگر نیز احتمال مؤثر بودن آن گزارش شده است (۸۳).

#### ۵. مطالعات و مداخلات مرتبط با کاهش آسیب

##### درمان‌های دارویی

علاوه بر درمان‌های دارویی رایج برای ترک تنباکو در افراد، ارزیابی برخی از داروها نیز توسط مطالعات مختلف انجام شده است. مثلاً در زمینه استفاده از واکسن نیکوتین، شواهد در دسترس به ما می‌گوید که هنوز مایه نیکوتین‌ای برای استفاده در هیچ کشوری تایید نشده است، اما تعدادی از آنها تحت بررسی هستند (۸۴). برخی مطالعات پیشرفت اساسی در جهت مؤثر واقع شدن استفاده از داروها را ناشی از افزایش دسترسی به دارو بدون نسخه و دادن آگاهی مستقیم به مصرف‌کنندگان در زمینه داروهای مورد استفاده توسط کمپانی-های دارویی می‌دانند (۸۵).

##### مشاوره و رفتاردرمانی

در حیطه اعتیاد، نقش مشاوره و رفتاردرمانی بسیار حیاتی می‌باشد. نتایج یک مداخله کارآزمایی شامل مشاوره و دارودرمانی برای سیگاری‌های پذیرفته‌شده با بیماری قلبی-عروقی، کاهش معناداری در تمامی علل مرگ و میزان‌های پذیرش مجدد بیمارستانی در طول یک دوره‌ی دو ساله پیگیری، داشت (۸۶). بررسی‌های هولیس (Hollis) نشان داده است که حداقلی از مداخلات به‌وسیله‌ی پزشکان و دندان-پزشکان می‌تواند میزان تمایل به ترک را افزایش و در درازمدت باعث ترک موفقیت‌آمیز گردد. پیشنهاد شده بود که توصیه‌های پزشکان به بیماران همراه با سایر خطی‌مشی-

اطلاعات دسته‌بندی‌شده مربوط به نتایج بررسی مداخلات در جوامع مختلف می‌باشد.

جدول ۱. نتایج بررسی مروری مطالعات

ملاحظات	کارآمدترین مطالعات قابل پیشنهاد	طبقه‌بندی حیطة مطالعات و مداخلات
مصرف سیگار و قلیان در نوجوانان با مصرف در همسالان (۲۴)، باورهای غلط و نگرش مثبت (۲۸)، آگاهی از مضرات و اعتیاد- آور بودن (۲۹) ارتباط دارد و لازم است در طراحی مداخلات، به این موارد توجه گردد.	خدمات پیشگیرانه و آموزش مهارت‌های زندگی (۹۵) استفاده از حمایت خانواده (۳۳) مهیا نمودن خدمات سلامت روان، افزایش نظارت (۳۲) اجرای سیاست کنترل تنباکو در محل‌هایی مانند محیط‌های دانشگاهی (۳۴) برگزاری دوره‌های آموزشی در مورد آسیب‌ها و سایر ابعاد مواد مخدر به‌طور مداوم و مستمر و تکرار آنها (۳۰)	گروه سنی نوجوانان
لازم است بدانیم که برنامه‌های ترک، نیازمند یک رویکرد همه‌جانبه بوده و بایستی بسیاری از عوامل مذکور در متن بالا در طراحی و تنظیم مطالعات مدنظر باشند (۴۶).	فرهنگ‌سازی و وضع قوانین قوی (۴۳) ممانعت از فروش دخانیات به افراد نابالغ و خردسال (۴۵) مداخلات مرتبط با مشاوره گروهی همراه با مداخلات دارویی (۲۲ و ۲۴) ایجاد سیاست‌های مربوط به تنباکو که قلیان را هم‌تراز با سیگار در نظر داشته باشد (۴۴) الزام استفاده از آگهی هشدار سلامتی به‌طور واضح (۴۵) استفاده از برنامه‌های آموزشی برای توضیح مضرات تنباکو به جمعیت عمومی (۴۵) سیاست‌ها و قانون‌گذاری‌هایی به‌منظور حمایت مردم از اثرات مضر محصولات تنباکو (۴۵) مداخلات مرتبط با حذف دیدگاه‌های مثبت نسبت به تنباکو، افزایش توانایی "نه" گفتن و مقاومت در برابر وسوسه‌های مصرف (۴۳)	گروه سنی بزرگسالان
مداخلات آنلاین نظیر برنامه مامزکوویت که یک برنامه با ماهیت خوشایند و بالقوه کمک‌کننده حمایتی برای زنان بارداری هست که دنبال برنامه حمایتی آنلاین برای ترک اعتیاد هستند (۵۱).	مداخلات مرتبط با دارودرمانی رایگان (۵۰) مداخلات مرتبط با افزایش مالیات سیگار (۵۲) مداخلاتی که درمان‌ها منحصر به نیازهای ویژه افراد اختصاص یابد (۵۰) مداخلات مرتبط با جلب‌توجه افراد و افزایش مشارکت آنها در برنامه‌های مربوط به ترک سیگار (۴۹)	زنان و سالمندان

مطالعات در سطوح مختلف سنی و گروه‌ها



ملاحظات	کارآمدترین مطالعات قابل پیشنهاد	طبقه‌بندی حیطه مطالعات و مداخلات
	به‌طور کلی یافته‌های مطالعاتی که در زمینه اعمال محدودیت یا ممنوعیت مصرف سیگار در محل کار انجام شده‌اند، حاکی از مؤثر بودن این مداخلات می‌باشند (۵۴، ۵۵ و ۹۶).	محل کار (Workplace)
در انجام مداخلات مطالعات مختلف مبتنی بر مدرسه، تغییرات مستعد بودن برای سیگاری شدن در آینده نیز بررسی شود تا این برنامه‌ها و سیاست‌ها به‌طور وارونه باعث تغییر وضعیت خطر در دانش‌آموزانی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، نشود (۹۷).	آموزش بحث گروهی (۵۶) سخنرانی، بسته آموزشی (۵۷) تصویب قانون ممنوعیت مصرف سیگار (۶۰) اعمال سیاست‌های مدارس عاری از سیگار (۵۹) افزودن فعالیت فیزیکی به برنامه‌های ترک (۶۳) آموزش براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (۵۸) پیشگیری بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (۶۲) آموزش باهدف ارتقاء عزت‌نفس، خودکنترلی، خودکارآمدی، مهارت حل مسئله (۶۱)	مبتنی بر مدارس (School-) based
	تشویق به‌بار آوردن فرزند مقتدر (۶۶) باهدف قرار دادن جوانان به‌منظور تشویق آنان به رابطه مثبت با خانواده و تحریک جوانان به تفکر واقع‌بینانه‌تر در مورد آینده خودشان (۶۷) استفاده از نقش والدین و سیستم‌های مراقبت سلامت به‌عنوان انتقال‌دهنده پیام‌های پیشگیری (۶۸)	مبتنی بر خانواده (Family-) based
این روش به‌راحتی می‌تواند برای کامل کردن سایر رویکردهای جمعیت‌ای ترک مصرف سیگار، استفاده شود، مانند کمپین‌های رسانه‌های جمعی (۵۴).	سرویس رسانه موبایل و متن ویژه بزرگسالان (۷۲) درمان کمکی برای توصیه پزشکی و درمان جایگزین نیکوتین (۵۴) تلفن همراه	مبتنی بر جامعه (Community-) based
بااین وجود، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که به‌طور قطع نمی‌توان گفت که مداخلات رسانه جمعی در رفتار ترک در جوانان تاثیر داشته باشد (۷۶).	کمپین رسانه آنلاین کمکی، خصوصا در جوانان (۷۴) کمپین رسانه جمعی (Mass media campaign) انگلستان (۷۳) کمپین ملی ترک اعتیاد از طریق برنامه‌های جمعی و رسانه‌ای (۷۵)	

طبقة بندی حیطه مطالعات و مداخلات	کارآمدترین مطالعات قابل پیشنهاد	ملاحظات
مطالعات مالیات و قیمت	با این مداخله، در ژاپن نتایج مثبتی از ترک مصرف مشاهده شده است (۷۷) این مداخله منجر به کاهش مصرف در جمعیت بزرگسالان مسن شده است (۵۲) این مداخله همراه با تبلیغات ضد دخانیات، بر تغییر رفتار مصرف نوجوانان تاثیر می‌گذارد (۷۹) با این مداخله، در برخی از کشورهای دیگر نیز نتایج مثبتی از ترک مصرف مشاهده شده است (۷۸) این مداخله منجر به کاهش ریسک سرطان‌های مرتبط با سیگار و بیماری‌ها در جمعیت بزرگسالان شده است (۵۳)	به‌طور کلی می‌توان گفت که قیمت سیگار بر مصرف سیگار و توقف مصرف آن تاثیر دارد (۵۴) ولی بایستی توجه داشت که برخی از افزایش قیمت‌ها به‌صورت افزایش قیمت کارخانه می‌باشد و نه در مالیات (۸۰).
مطالعات سیگار	تفاوت معناداری در میزان‌های ترک مشاهده نشده است (۸۲) احتمال مؤثر بودن آن وجود دارد (۸۳)	نتایج مؤثر بودن مطالعات سیگار الکترونیکی، کاملا تایید یا رد نشده و شواهد همچنان بدون نتیجه قطعی می‌باشد (۸۱).
مطالعات کاهش آسیب	مطالعات استفاده از مایه نیکوتینی، در حال انجام هستند (۸۴) افزایش دسترسی به دارو بدون نسخه و دادن آگاهی مستقیم به مصرف-کنندگان در زمینه داروهای مورد استفاده توسط کمپانی‌های دارویی (۸۵) در بیماران قلبی-عروقی، کاهش معنادار در تمامی علل مرگ و میزان پذیرش مجدد بیمارستانی (۸۶) مداخلات به‌وسیله پزشکان و دندانپزشکان (۸۷) آشنا نمودن دندانپزشکان با آموزش ترک در قالب مدل مراحل تغییر (۸۸) آموزش و توصیه‌های رفتاردرمانی در اجرای برنامه‌های ترک سیگار (۸۹)	علاوه بر درمان‌های دارویی رایج برای ترک تنباکو در افراد، ارزیابی برخی از داروها نیز توسط مطالعات مختلف انجام شده است (۸۴). توصیه‌های پزشکان به بیمار همراه با سایر خطی‌مشی‌های کنترل دخانیات‌ای باشد که در افراد تمایل‌دار به ترک، باعث ترک موفق شده است (۸۷).
راهکارهای تسهیل مداخلات	استراتژی‌هایی که ماهیت پوششگرایانه داشته و نیازمند افزایش مدت ارتباط با شرکت‌کنندگان مستعد باشد (۹۱) شناسایی جوانان و نوجوانان از طریق هم‌گروه‌ها به‌عنوان یک استراتژی مفید (۹۰) بهترین زمان برای شروع برنامه‌های درمانی ترک سیگار، زمانی است که فرد آماده برای ترک است (۹۳) بایستی دلایل مصرف سیگار فرد در برنامه ترک سیگار لحاظ گردد (۹۲)	مطالعات فراوانی به‌طور یکپارچه نشان داده‌اند که مشوق‌ها در کاهش مصرف داروهای غیرقانونی و کاهش مصرف سیگار مؤثر بوده‌اند و در حال اشاعه و پیشرفت می‌باشد (۹۴).

## نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه، "فرهنگ‌سازی، وضع و اعمال قوانین"، "مداخلات با رویکرد تمرکز بر گروه‌های خاص"، "آموزش در تمامی سطوح و مداخلات"، "برگزاری دوره‌های آموزشی و تاکید بر نقش خانواده در حمایت از نوجوانان" و "دارودرمانی رایگان" را به‌عنوان راهکارهایی مناسب و متناسب با فرهنگ و توانایی‌های سیستم بهداشتی کشور، را پیشنهاد می‌دهد.

## ملاحظات اخلاقی

در مطالعه و انتقال نتایج مطالعات به گزارش نهایی، اصل امانت‌داری رعایت شده است. پروتکل این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.198 تایید شده است.

## تضاد منافع

نویسندگان این اثر اعلام می‌دارند که این کار حاصل پژوهشی مستقل بوده و هیچ تضاد منافع دیگری ندارد.

## تقدیر و تشکر

این پژوهش به‌سفارش اداره سلامت میانسالان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز انجام گردید که در اینجا از همه آنها قدردانی می‌شود.

## References

- Mohammadi Zeydi E, Heidar Nia A, Haji Zadeh E. The study of cardiovascular patient's lifestyle. *Daneshvar, Scientific-Reserch Journal of Shahed University*. 2006;61(13):49-56. [In Persian]
- Mojahed A, Bakhshani N. Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools. 2004.
- Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems: World Health Organization; 2004.
- Chistyakov V, Patkina N, Tammimaki A, et al. Nicotine exposure throughout early development promotes nicotine self-administration in adolescent mice and induces long-lasting behavioural changes. *European journal of pharmacology*. 2010;640(1-3):87-93. PMID:20457149 doi:10.1016/j.ejphar.2010.04.044.
- Initiative TF. Why is tobacco a public health priority. World Health Organization (WHO). 2005.
- Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The Human Costs of Tobacco Use. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(13):907-12. PMID:8114863 doi:10.1056/nejm199403313301307.
- Kennison LH. Smoking and pregnancy: reconciling incompatibilities. *Holistic nursing practice*. 2009;23(1):32-8. PMID:19104273 doi:10.1097/01.HNP.0000343207.71957.e0.
- Rezaee F, Akbari H, Rezaee H. Cigarette Smoking and Its Relationship with Pulmonary Tuberculosis. *Medical journal of Mashhad university of medical sciences*. 2007;50(1):75-80. [In Persian]
- Afrasiabi A, Derakhshan A, SadeghiHasanAbadiA, Rajaeifard A. Study of tendency to cigarette smoking and its related causes among students of Shiraz University of Medical Sciences-1998. *Armaghane Danesh*. 1998;5(19-20):24-48. [In Persian]
- Alimian M, Zaman B, Khatibi R. Opioid requirement after elective leg surgery (ORIF) under general anesthesia, for smoker and non smoker men. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2006;11(3):20-5. [In Persian]
- Yagi H, Komukai K, Hashimoto K, et al. Difference in risk factors between acute coronary syndrome and stable angina pectoris in the Japanese: smoking as a crucial risk factor of acute coronary syndrome. *Journal of cardiology*. 2010;55(3):345-53. PMID:20350505 doi:10.1016/j.jcc.2009.12.010.
- Shaygan-Nezhad V, Zare M. The Role of Smoking and Passive Smoking in CVA in Patients with Hypertension. *Fundamentals of Mental Health Journal*. 2003;6:19-20. [In Persian]
- Samimi R, Valizadeh A. Relationship between smoking and general health in students of Iran University of medical sciences, 2006. *Hormozgan Medical Journal*. 2008;11(4):303-8. [In Persian]
- Shahab Jahanloo A, Ghofranipour F, Kimiagar M, et al. The relationship between knowledge, self-efficacy and quality of life with glycemic control and lipid profile in smoking diabetic patients. *Hormozgan Medical Journal*. 2008;11(4):261-6.
- Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco: Geneva: World Health Organization; 2011.
- Mohtasham Amiri Z, Cirus Bakht S, Nikravesh Rad S. Cigarette smoking among male high school students in Rasht. *Journal of GuilanUniversity of Medical Sciences*. 2008;17(65):100-7.
- Organization WH. Smoking statistics. Geneva: WHO. 2002.
- Dube S, Asman K, Malarcher A, Caraballo R. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation-United States, 2008. *Morbidity and mortality weekly report*. 2009;58(44):1227-32.
- Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries: Oxford University Press; 2000.

20. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social science & medicine* (1982). 2003;56(1):41-52. PMID:12435550.
21. Gillam S, Siriwardena AN. Evidence-based healthcare and quality improvement. *Quality in primary care*. 2014.
22. Iliceto P, Fino E, Pasquariello S, D'Angelo Di Paola ME, Enea D. Predictors of success in smoking cessation among Italian adults motivated to quit. *Journal of substance abuse treatment*. 2013;44(5):534-40. PMID:23312770 doi:10.1016/j.jsat.2012.12.004.
23. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* (Abingdon, England). 2001;96(6):891-902. PMID:11399220 doi:10.1080/09652140020051013.
24. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, et al. Smoking status in Iranian male adolescents: A cross-sectional study and a meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 2013;38(6):2214-8. doi:10.1016/j.addbeh.2013.01.018.
25. Mohammadpoorasl A. Increasing the Trend of Smoking in Iranian Adolescents. *Iranian Journal of Public Health*. 2013;42(10):1197-8. PMID:PMC4436552.
26. Malik M, Misbah U, Malik QA, Kumar A, Ghazal S, Rizvi N. Belief about harmfulness of smoking waterpipe (shisha) as compared to cigarette smoking. *European Respiratory Society*; 2013.
27. Mohammadpoorasl A, Abbasi Ghahramanloo A, Allahverdipour H, Modaresi Esfeh J. Prevalence of Hookah smoking in relation to religiosity and familial support in college students of Tabriz, northwest of Iran. *Journal of research in health sciences*. 2014;14(4):268-71. PMID:25503281.
28. Sabahy A-R, Divsalar K, Nakhaee N. Attitude of University Students towards Waterpipe Smoking: Study in Iran. *Addiction & Health*. 2011;3(1-2):9-14. PMID:PMC3905517.
29. Raymond L, Riley-Doucet C, editors. Prevalence of Waterpipe Tobacco Smoking Among University Student Athletes in the United States. *DNP Forum*; 2015.
30. Zareiyan A, Roshandel M, Emlai khozani S. The effect of training sessions based on the health belief model on soldiers in prevention of smoking persons' attitude. *Military Caring Sciences*. 2015;2(2):63-8. doi:10.18869/acadpub.mcs.2.2.63. [In Persian]
31. Karimy M, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh I. The effect of an educational program based on Kemp model on smoking refusal ability in the male adolescents. *Daneshvar Medicine*. 2013;20(106):55-62. [In Persian]
32. Feyzollahi Z. The relationship between the family cohesion and the attitude to smoking in Ilam University students. *Special issue of International Journal of Humanities and Cultural Studies*, February 2016.
33. Allahverdipour H, Abbasi-Ghahramanloo A, Mohammadpoorasl A, Nowzari P. Cigarette Smoking and its Relationship with Perceived Familial Support and Religiosity of University Students in Tabriz. *Iranian journal of psychiatry*. 2015;10(3):136-43. PMID:26877746.
34. Chaaya M, Alameddine M, Nakkash R, Afifi RA, Khalil J, Nahhas G. Students' attitude and smoking behaviour following the implementation of a university smoke-free policy: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3(4). PMID:23585386 doi:10.1136/bmjopen-2012-002100.
35. Taraghijah S, Hamdiyyeh M, Yaghubi N. The predictive factors for cigarette and hookah smoking in students of public universities. *Research in Medicine*. 2011;34(4):249-56. [In Persian]
36. Rezaei S, Akbari Sari A, Arab M, Majdzadeh R, Mohammadpoorasl A. Estimating Economic Burden of Cancer Deaths Attributable to Smoking in Iran. *Journal of research in health sciences*. 2015;15(4):228-33. PMID:26728908.
37. Rezaei S, Akbari Sari A, Arab M, Majdzadeh R, Shaahmadi F, Mohammadpoorasl A. The association between smoking status and hospital length of stay: evidence from a hospital-based cohort. *Hospital practice* (1995). 2016;44(3):129-32. PMID:27122384 doi:10.1080/21548331.2016.1178579.
38. Maziak W, Taleb ZB, Bahelah R, et al. The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tobacco control*. 2015;24 Suppl 1:i3-i12. PMID:25298368 doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051903.
39. Salloum RG, Haider MR, Barnett TE, et al. Waterpipe Tobacco Smoking and Susceptibility to Cigarette Smoking Among Young Adults in the United States, 2012-2013. *Preventing chronic disease*. 2016;13:E24. PMID:26890407 doi:10.5888/pcd13.150505.
40. Al-Naggar RA, Saghir FS. Water pipe (shisha) smoking and associated factors among Malaysian university students. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2011;12(11):3041-7. PMID:22393987.
41. Al-Naggar RA, Bobryshev YV. Shisha smoking and associated factors among medical students in Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012;13(11):5627-32. PMID:23317228.
42. 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. PMID:16954352.
43. Momenabadi V, Hossein Kaveh PhD M, Hashemi SY, Borhaninejad VR. Factors Affecting Hookah Smoking Trend in the Society: A Review Article. *Addiction & Health*. 2016;8(2):123-35. PMID:PMC5115646.
44. Jawad M, Jawad S, Waziry RK, Ballout RA, Akl EA. Interventions for waterpipe tobacco smoking prevention and cessation: a systematic review. *Scientific Reports*. 2016;6:25872. doi:10.1038/srep25872.
45. Ramachandra SS, Yaldrum A. Shisha smoking: An emerging trend in Southeast Asian nations. *Journal of public health policy*. 2015;36(3):304-17. PMID:25995064 doi:10.1057/jphp.2015.16.

46. Kim YJ. Predictors for successful smoking cessation in Korean adults. *Asian nursing research*. 2014;8(1):1-7. PMID:25030486 doi:10.1016/j.anr.2013.09.004.
47. Venkateshan M, Panwar RK, Chamoli P, et al. Attitude and determinants of female smoking among older female subjects in the selected rural areas of Uttarakhand, India. *International journal of medical science and public health*. 2016;5:1460-1464.
48. Mitchell SA, Kneipp SM, Giscombe CW. Social Factors Related to Smoking among Rural, Low-Income Women: Findings from a Systematic Review. *Public health nursing (Boston, Mass)*. 2016;33(3):214-23. PMID:26403861 doi:10.1111/phn.12233.
49. Weaver KE, Snively BM, Hogan P, et al. Predictors of Continued Smoking and Interest in Cessation Among Older Female Smokers. *Journal of aging and health*. 2018;30(4):624-40. PMID:28553800 doi:10.1177/0898264316687622.
50. Minian N, Penner J, Voci S, Selby P. Woman focused smoking cessation programming: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2016;16(1):17. doi:10.1186/s12905-016-0298-2
51. Herbec A, Brown J, Tombor I, Michie S, West R. Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). *Drug and alcohol dependence*. 2014;140:130-6. PMID:24811202 doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010.
52. MacLean JC, Kessler AS, Kenkel DS. Cigarette Taxes and Older Adult Smoking: Evidence from the Health and Retirement Study. *Health economics*. 2016;25(4):424-38. PMID:25721732 doi:10.1002/hec.3161.
53. Stevens VL, Diver WR, Stoklosa M, et al. A Prospective Cohort Study of Cigarette Prices and Smoking Cessation in Older Smokers. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2017;26(7):1071-7. PMID:28264874 doi:10.1158/1055-9965.epi-16-0690.
54. Shopland DR. *Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population*. DIANE Publishing Company; 2001.
55. Borland R, Chapman S, Owen N, Hill D. Effects of workplace smoking bans on cigarette consumption. *American Journal of Public Health*. 1990;80(2):178-80. PMID:PMC1404626.
56. Mohammad A, Fazlollah G, Sohrab H. The study of the effect of group training method on the rate of smoking in high school students in Rafsanjan. *Daneshvar*. 2002;8(35):1-6. [In Persian]
57. Akbari M, Toraj H-n, Jalil B-k. Comparison of the Effects of Three Methods of Teaching, Group Discussion and Package on Knowledge about Narcotics Abuse in High School Male Students of Tabriz City in 2011. *Education and Evaluation (Educational Sciences)*. 2014;7(25):59-74. [In Persian]
58. Rakhshani F, Esmaili A, Charkazi A, Haftsavar M, Shahnazi H, Esmaili A. Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan. *Health system research*. 2010;6(2):267-275 [In Persian]
59. Mohammadpoorasl A, Nedjat S, Fakhari A, Fotouhi A. The association of the transitions in smoking stages with prevalence of cigarette smoking in the classes and schools: a longitudinal study. *Journal of research in health sciences*. 2014;14(3):233-5. PMID:25209913.
60. Katikireddi SV, Der G, Roberts C, Haw S. Has Childhood Smoking Reduced Following Smoke-Free Public Places Legislation? A Segmented Regression Analysis of Cross-Sectional UK School-Based Surveys. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(7):1670-4. PMID:PMC4902887 doi:10.1093/ntr/ntw018.
61. Solhi M, Abasi H, Hazavehei MM, Roshanaei G. Effect of educational intervention on empowerment of high school student in prevention of smoking. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014;21(118):52-63. [In Persian]
62. Mohammadizeidi E, Pakpour A. Effectiveness of an educational intervention based on theory of planned behavior to reduce intentions to smoke among secondary school students. *Journal of Research and Health*. 2013;3(4):504-13.
63. Horn K, Dino G, Branstetter SA, et al. Effects of Physical Activity on Teen Smoking Cessation. *Pediatrics*. 2011. doi:10.1542/peds.2010-2599
64. Mohammadpoorasl A, Nedjat S, Yazdani K, Fakhari A, Foroushani AR, Fotouhi A. Intention to start smoking and its related factors in never smoked adolescents in tabriz, 2010. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(12):880.
65. Fakhari A, Mohammadpoorasl A, Nedjat S, Sharif Hosseini M, Fotouhi A. Hookah smoking in high school students and its determinants in Iran: a longitudinal study. *American journal of men's health*. 2015;9(3):186-92. PMID:24855098 doi:10.1177/1557988314535236.
66. Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic pediatrics*. 2016;16(5):419-29. PMID:26892909 doi:10.1016/j.acap.2015.12.006
67. Van Ryzin MJ, Roseth CJ, Fosco GM, Lee YK, Chen IC. A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical psychology review*. 2016;45:72-80. PMID:27064553 doi:10.1016/j.cpr.2016.03.007
68. Curry SJ, Hollis J, Bush T, et al. A randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Preventive medicine*. 2003;37(6 Pt 1):617-26. PMID:14636795
69. Hubbard G, Gorely T, Ozakinci G, Polson R, Forbat L. A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults

- quit smoking. *BMC family practice*. 2016;17:73. PMID:27342987 doi:10.1186/s12875-016-0457-4
70. Garcia M, Schiaffino A, Twose J, et al. [Smoking cessation in a population-based cohort study]. *Archivos de bronconeumologia*. 2004;40(8):348-54. PMID:15274863
  71. Goldade K, Whembolua GL, Thomas J, et al. Designing a smoking cessation intervention for the unique needs of homeless persons: a community-based randomized clinical trial. *Clinical trials (London, England)*. 2011;8(6):744-54. PMID:22167112 doi:10.1177/1740774511423947
  72. Ramirez AG, Chalela P, Akopian D, et al. Text and Mobile Media Smoking Cessation Service for Young Adults in South Texas: Operation and Cost-Effectiveness Estimation. *Health promotion practice*. 2017;18(4):581-5. PMID:28438055 doi:10.1177/1524839917705130
  73. Kuipers MAG, Beard E, West R, Brown J. Associations between tobacco control mass media campaign expenditure and smoking prevalence and quitting in England: a time series analysis. *Tobacco control*. 2017. doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-053662
  74. Sanders A, Robinson C, Taylor SC, et al. Using a Media Campaign to Increase Engagement With a Mobile-Based Youth Smoking Cessation Program. *American journal of health promotion : AJHP*. 2018;32(5):1273-9. PMID:28925292 doi:10.1177/0890117117728608
  75. Chang FC, Sung HY, Zhu SH, Feng TY, Chiou ST. Effects of Smoking Cessation Media and Community Campaigns in Taiwan. *American journal of health promotion : AJHP*. 2017;31(1):43-51. PMID:26389977 doi:10.4278/ajhp.140922-QUAN-457
  76. Carson KV, Ameer F, Sayehmiri K, et al. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;6:Cd001006. PMID:28574573 doi:10.1002/14651858.CD001006.pub3
  77. Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, Miyashiro I, Mori J, Tsukuma H. Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. *Journal of epidemiology*. 2016;26(1):14-21. PMID:26277880 doi:10.2188/jea.JE20140183
  78. Tucker MR, Kivell BM, Laugesen M, Grace RC. Changes to smoking habits and addiction following tobacco excise tax increases: a comparison of Māori, Pacific and New Zealand European smokers. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2017;41(1):92-8. doi:10.1111/1753-6405.12603
  79. Jiyeon L, Eon Sook L, Yun Jun Y, et al. The Impact of Tax Increase on Adolescent Smoking Behaviors: Using Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey. *Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;8(1):11-9.
  80. Braillon A. Cigarette Prices and Smoking Cessation—Letter. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2017;26(10):1577-. doi:10.1158/1055-9965.epi-17-0582
  81. Malas M, van der Tempel J, Schwartz R, et al. Electronic Cigarettes for Smoking Cessation: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2016;18(10):1926-36. PMID:27113014 doi:10.1093/ntr/ntw119
  82. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Respiratory medicine*. 2016;4(2):116-28. PMID:26776875 doi:10.1016/s2213-2600(15)00521-4
  83. Chen C, Zhuang YL, Zhu SH. E-Cigarette Design Preference and Smoking Cessation: A U.S. Population Study. *American journal of preventive medicine*. 2016;51(3):356-63. PMID:27005984 doi:10.1016/j.amepre.2016.02.002
  84. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(8):Cd007072. PMID:22895958 doi:10.1002/14651858.CD007072.pub2
  85. Hughes JR, Burns DM, editors. Impact of medications on smoking cessation. *Population Based Smoking Cessation Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population, Smoking and Tobacco Control, Monograph; 2000*.
  86. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(5):Cd001837. PMID:22592676 doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3
  87. Hollis JF, editor. Population impact of clinician efforts to reduce tobacco use. *Population based smoking cessation, proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population Smoking and Tobacco Control Monograph; 2000*.
  88. Mohamadi Zeidi E, Pakpor Pakpour Haji Agha A, Karbord A, Mohamadi Zeidi B. Effectiveness of an educational intervention based on the trans theoretical model in order to smoking cessation in patients referred to dental clinics. *Journal of Dental Medicine*. 2015;28(2):146-58. [In Persian]
  89. Heydari G, Sharifi Milani H, Hosseini M, Masjedi MR. The Effect of Training and Behavioral Therapy Recommendations on Smoking Cessation (A Report of the First “ Smoking Cessation Clinic” in Iran). *Tanaffos*. 2003;2(6):39-44. [In Persian]
  90. Moran MB, Sussman S. Changing attitudes toward smoking and smoking susceptibility through peer crowd targeting: more evidence from a controlled study. *Health communication*. 2015;30(5):521-4. PMID:25204200 doi:10.1080/10410236.2014.902008
  91. Marcano Belisario JS, Bruggeling MN, Gunn LH, Brusamento S, Car J. Interventions for recruiting

- smokers into cessation programmes. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;12:Cd009187. PMID:23235672 doi:10.1002/14651858.CD009187.pub2
92. Heydari G, Hosseini M, Yousefi Fard M, Ramezankhani A, Masjedi MR. Is the cause of cigarette smoking related to the outcome of cessation therapy? Payesh. 2010;9(4):363-9. [In Persian]
93. Golanreza H. The appropriate time to start smoking cessation therapy programs. Pazhouhandeh. 2009;14(2):53-7. [In Persian]
94. Sigmon SC, Patrick ME. The Use of Financial Incentives in Promoting Smoking Cessation. Preventive medicine. 2012;55(Suppl):S24-S32. PMID:PMC3411852 doi:10.1016/j.ypmed.2012.04.007
95. Taraghijah S, Hamdieh M, Yaghubi N. The predictors of smoking and hookah smoking in government university students. Research in medicine. 2011;34(4):249-256
96. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(4):Cd003440. PMID:18843645 doi:10.1002/14651858.CD003440.pub3
97. Cole AG, Qian W, Leatherdale ST. Changing the Smoking Trajectory: Evaluating the Impact of School-Based Tobacco Interventions on Changes to Susceptibility to Future Smoking. International journal of environmental research and public health. 2017;14(10). PMID:28981472 doi:10.3390/ijerph14101182