

رابطه‌ی بین ویژگی‌های اجتماعی - دموگرافیک با عوامل مؤثر در ترک سیگار در جامعه‌ی مصرف‌کنندگان سیگار اصفهان

دکتر رخساره معمار^۱، دکتر محمد مراثی^۲، دکتر احمد باهنر^۳، دکتر فرشاد اعتدالی^۴، غزاله نوذری^۵،
مرضیه دهقانی سامانی^۶، دکتر رضا روزبهانی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مطالعات متعددی جهت بررسی ارتباط بین عوامل مرتبط با عوامل اجتماعی - دموگرافیک ترک سیگار انجام شده است. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین عوامل اجتماعی - دموگرافیک از جمله وجود ترک ناموفق، طول مدت ترک و میزان وابستگی به نیکوتین در ترک سیگار بود.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی در سال‌های ۹۰-۱۳۸۸ بر روی نمونه‌ی ۶۷۳ نفری از افراد مراجعه‌کننده جهت ترک سیگار انجام شد. بیماران پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات اجتماعی - دموگرافیک مثل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد، شغل و نیز پرسش‌نامه‌ی Fagerström جهت بررسی وضعیت وابستگی به نیکوتین را تکمیل کردند.

یافته‌ها: طول مدت ترک بیش از ۶ ماه با میزان بالاتر مصرف سیگار در روز مرتبط بود. همچنین مصرف بیش از ۳۰ سیگار در روز با طول مدت ترک روند مرتب‌تری داشت. در مطالعه‌ی حاضر وضعیت تأهل، تعداد کمتر سیگار در روز، سال‌های بیشتر مصرف سیگار و نشان خارجی سیگار، عوامل مرتبط با ترک ناموفق سیگار بودند. همچنین سطح تحصیلات کمتر، تعداد سیگار مصرفی روزانه‌ی بالاتر، سال‌های مصرف بیشتر، غلظت نیکوتین بالاتر، سابقه‌ی تلاش در جهت ترک و نبود تفریح و خوشی در زندگی روزمره، عوامل دخیل در وضعیت شدید وابستگی در آزمون Fagerström بودند.

نتیجه‌گیری: مصرف میزان بالاتر سیگار، سن بالاتر، سال‌های کمتر مصرف سیگار، تحصیلات و وابستگی متوسط بر اساس آزمون فانگستروم با ترک موفق‌تر سیگار مرتبط هستند.

واژگان کلیدی: مشخصات اجتماعی، دموگرافی، ترک، سیگار، وابستگی

ارجاع: معمار رخساره، مراثی محمد، باهنر احمد، اعتدالی فرشاد، نوذری غزاله، دهقانی سامانی مرضیه، روزبهانی رضا. **رابطه‌ی بین ویژگی‌های اجتماعی - دموگرافیک با عوامل مؤثر در ترک سیگار در جامعه‌ی مصرف‌کنندگان سیگار اصفهان.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان

۱۳۹۳؛ ۳۲ (۲۹۷): ۱۲۷۸-۱۲۷۸

- ۱- استادیار. گروه فارماکولوژی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- پزشک عمومی، مرکز بهداشت شماره ۲، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران
- ۶- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: marziehds@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: : مرضیه دهقانی سامانی

مقدمه

با وجود اقدامات پیشگیرانه‌ای که توسط کشورهای مختلف برای کاهش مصرف سیگار شده است، مصرف تنباکو همچنان به عنوان یکی از علل اصلی بیماری‌های کشنده و غیر کشنده مطرح می‌باشد (۱-۲). اپیدمی مصرف سیگار بیشتر متوجه کشورهای در حال توسعه است که با افزایش در مصرف سیگار به خصوص در میان مردان با شیوع تقریبی ۵۰ درصد و زنان ۹ درصد می‌باشد (۳-۴). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۹ اعلام کرد که شیوع تخمینی مصرف سیگار در بین ایرانیان ۱۵ سال و کمتر، بر اساس جنس، ۲۱ درصد در مردان و کمتر از ۱ درصد در زنان است (۵).

ترک سیگار به عنوان یک اولویت مهم سلامت در افراد مصرف کننده‌ی سیگار مطرح است و در صورت عدم ترک، ۵۰ درصد احتمال مرگ زودرس در اثر مصرف سیگار دارند (۶). با ترک سیگار، هزینه‌ای که در سال صرفه‌جویی می‌شود، بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ دلار است که یکی از مقرون به صرفه‌ترین اقدامات پیشگیرانه است (۷). حدود ۷۰۰۰ ماده‌ی شیمیایی و ترکیباتی از این قبیل در دود سیگار وجود دارد، اما نیکوتین ترکیب شیمیایی کلیدی است که اعتیاد به سیگار را القا و همچنین تقویت می‌کند (۸). نیکوتین یک نقش اساسی نیز در وابستگی به سایر دخانیات ایفا می‌کند (۹). شایان ذکر است که در مقایسه با گذشته، طراحی و محتوای محصولات دخانی، آن‌ها را جذاب‌تر و اعتیاد آورتر گردانیده است (۱۰).

در ارزیابی وابستگی به دخانیات، آزمون Fagerström عمده‌ترین و کلاسیک‌ترین روش است (۱۱). در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی - دموگرافیک

مصرف کنندگان سیگار در سطوح مختلف اجتماع برای کاهش هر چه بیشتر مصرف سیگار، بسیار ضروری می‌باشد (۱۲-۱۳). به همین منظور، اطلاع از تفاوت‌های اجتماعی - دموگرافیک، در عادات‌های سیگار کشیدن و توانایی ترک سیگار، مهم است. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای غربی، یک سری عوامل آماری، وضعیت اجتماعی و نحوه‌ی مصرف سیگار، به عنوان عوامل پیشگویی کننده برای ترک موفق هستند (۱۴-۱۵). برای ترک موفق‌تر، اطلاع از رابطه‌ی بین وضعیت اجتماعی - دموگرافیک و ترک موفق ضروری به نظر می‌رسد.

این مطالعه یکی از اولین مطالعاتی است که وضعیت اجتماعی - دموگرافیک و عادات‌های مصرف سیگار و وابستگی به دخانیات را در ایران بررسی می‌کند. هدف این مطالعه، بررسی رابطه‌ی بین عوامل اجتماعی - دموگرافیک و عادات‌های مصرف سیگار مثل تعداد سیگار مصرفی در روز، تعداد دفعات ترک ناموفق، مدت ترک و ارزیابی وابستگی به دخانیات بود. یکی از مسایل مورد توجه در تحقیقات، این است که چه متغیرهایی پیش از مداخله نتیجه را پیش‌بینی می‌کند. اطلاع از این متغیرها برای روش‌های مؤثر مداخله می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی در سال‌های ۹۰-۱۳۸۸ در مرکز بهداشتی شماره‌ی ۲ اصفهان انجام شد. یک نمونه‌ی ۶۷۳ نفری از افراد مراجعه کننده به مرکز بهداشت جهت ترک سیگار انتخاب شدند.

این مطالعه‌ی تحقیقاتی با اهداف توصیفی و تحلیلی انجام شد. معیار ورود شامل کلیه‌ی افراد

سابقه‌ی ترک بودند. یک سری اطلاعات گسترده‌ی دیگر در رابطه با سابقه‌ی قبلی پزشکی (قلب، ریه، گوارش، سرطان، خلق و خو، غذا، استرس، لذت بردن از زندگی و تفریحات) نیز دریافت شد که فقط با بله یا خیر جواب داده می‌شد.

وضعیت وابستگی به نیکوتین توسط آزمون Fagerström ارزیابی شد. این آزمون ۶ موردی برای بررسی وابستگی جسمانی به دخانیات مورد استفاده قرار گرفت. امتیاز هر یک از این ۶ مورد بین ۰، ۱، ۲ یا ۳ متغیر بود و این امتیازات به همی موارد با نوسان مقیاس ۱۰-۰ افزوده شد. امتیاز کمتر و یا مساوی ۴ (≥ 4) به عنوان وابستگی اندک طبقه‌بندی شد. ضمن این که امتیاز بالاتر از ۸ با وابستگی بسیار شدید برابر گرفته شد و امتیاز بین این دو، برای درجه‌بندی وابستگی متوسط به کار برده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) برای بررسی نتایج اولیه تجزیه و تحلیل شدند. در مطالعه‌ی حاضر، تعداد شرکت کنندگان با وابستگی Fagerström اندک و متوسط به حدی کم بودند که این دو گروه با هم در گروه وابستگی متوسط جای داده شدند. برای اثبات نتایج اولیه، آزمون χ^2 و آزمون t برای ارزیابی ارتباط بین وضعیت Fagerström و اطلاعات اجتماعی - دموگرافیک و برخی از ویژگی‌های دیگر افراد مصرف کننده‌ی سیگار انجام شد.

یافته‌ها

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۹۹/۲ درصد از شرکت کنندگان آقایان و فقط ۰/۸ درصد خانم‌ها بودند.

مصرف کننده‌ی سیگار مراجعه کننده به این مرکز بود. معیار خروج شامل افراد مصرف کننده‌ی سیگار تحت درمان با متادون یا درمان‌های روان پزشکی یا سابقه‌ی اعتیاد به سایر مواد مخدر بود. برای شرکت کنندگان در رابطه با اهداف مطالعه توضیح داده شد و رضایت برای شرکت در مطالعه از ایشان اخذ شد. مصاحبه توسط یک پزشک متبحر انجام شد.

ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات اجتماعی - دموگرافیک مثل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد، شغل و نیز پرسش‌نامه‌ی Fagerström بود.

سطح تحصیلات به گروه‌های بی‌سواد، مقدماتی، زیر لیسانس، لیسانس و بالاتر تقسیم شد. سطح مقدماتی شامل کلیه‌ی سطوح زیر دیپلم، سطح زیر لیسانس شامل کلیه‌ی افرادی که تحصیلات را بعد از دیپلم ادامه دادند و لیسانس و بالاتر نیز شامل کلیه‌ی افرادی که تحصیلات دانشگاهی خود را تمام کردند، بود.

درآمد به سه گروه پایین (کمتر از ۲۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه)، متوسط (بین ۲۰۰۰۰۰۰ و ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه) و بالا (بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه) تقسیم شد.

مشاغل به گروه‌های مختلف مانند کارمند (کلیه‌ی افراد شاغل در ادارات و مشابه آن‌ها)، بی‌کار (افراد فاقد شغل)، دارای شغل آزاد (کلیه‌ی افرادی که به طور مستقل کار می‌کردند) و کارگر (افراد شاغل در کارخانجات و محل‌های مشابه) تقسیم شدند.

اطلاعاتی که در رابطه با مصرف سیگار از آن‌ها دریافت شد، شامل تعداد سیگار مصرفی در روز، مدت مصرف سیگار، نشان سیگار، غلظت نیکوتین و

میانگین \pm انحراف معیار سن و سن شروع سیگار به ترتیب در مصرف کنندگان سیگار $1/1 \pm 39/7$ و $5/5 \pm 18/6$ بود. میانگین \pm انحراف معیار مصرف روزانه‌ی سیگار $1/1 \pm 21/0$ بود. جدول ۱ تفاوت‌های مشخصات دموگرافیک و اجتماعی افراد را بر اساس تعداد دفعات ترک ناموفق سیگار نشان می‌دهد. آنالیز نشان داد که رابطه‌ی آماری معنی‌داری بین وضعیت تأهل و میزان شکست ترک سیگار وجود داشت. میزان شکست ترک سیگار در افراد با تعداد کمتر مصرف سیگار در روز، نشان خارجی سیگار و غلظت بالاتر نیکوتین، بالاتر بود.

بر اساس جدول ۲، طول مدت ترک بیش از ۶ ماه، با میزان بالاتر مصرف سیگار در روز مرتبط بود. همچنین مصرف بیش از ۳۰ سیگار در روز با طول مدت ترک، روند مرتب‌تری داشت. جدول ۳، نتایج همبستگی بین وضعیت Fagerström و برخی شاخصه‌ها در جمعیت تحت مطالعه را ثابت می‌کند.

آنالیز اولیه نشان دهنده‌ی رابطه‌ی آماری قابل توجهی بین وضعیت Fagerström و سن، وضعیت تأهل و تحصیلات می‌باشد. بر مبنای این آزمون، وابستگی شدید با افرادی که هیچ دوره‌ای از ترک نداشتند، تعداد بالاتر و طول مدت بیشتری سیگار مصرف می‌کردند، سیگار ساخت ایران و با غلظت نیکوتین بالاتر مصرف می‌کردند و سابقه‌ی بیماری‌های ریوی، اختلال خواب، تفریح و سرگرمی داشتند، مرتبط بود.

بحث

در ایران مطالعات چندانی در زمینه‌ی ارتباط وضعیت‌های اجتماعی مختلف، حفظ ترک نیکوتین و

عوامل مؤثر بر آزمون Fagerström، به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده‌ی وابستگی به نیکوتین وجود نداشت. در مطالعه‌ی حاضر، مصرف کنندگان جوان‌تر سیگار، تعداد کمتر سیگار در روز، سال‌های بیشتر مصرف سیگار و نشان خارجی سیگار، عوامل مرتبط با ترک ناموفق سیگار بودند. در این مطالعه، سطح تحصیلات کمتر، تعداد سیگار مصرفی روزانه‌ی بالاتر، سال‌های مصرف بیشتر، غلظت نیکوتین بالاتر، سابقه‌ی تلاش در جهت ترک و نبود تفریح و خوشی در زندگی روزمره، عوامل دخیل در نتایج شدیدتر آزمون Fagerström بودند.

میانگین \pm انحراف معیار امتیاز آزمون Fagerström $0/81 \pm 7/40$ بود؛ اما این رقم در مصرف کنندگان بزرگسال سیگار در ایالات متحده $4/6-4/3$ و در جمعیت مشابه در کشورهای اروپایی $3/4-2/8$ گزارش شده است.

چنین اختلافی با حضور ارادی افراد در مرکز ترک سیگار در ایران توجیه می‌شود؛ در حالی که افراد مصرف کننده‌ی سیگار در کشورهای دیگر، از میان بزرگسالان مصرف کننده‌ی سیگار در جمعیت عمومی انتخاب شده بودند.

Fagerström مقیاسی است که وابستگی جسمی را بیش از وابستگی روانی اندازه می‌گیرد. مطالعات فراوان قبلی در این زمینه نشان دادند که افراد مصرف کننده‌ی سیگار با وابستگی شدید به نیکوتین به موفقیت کمتری در ترک سیگار دست می‌یابند (۱۷-۱۶).

بنابراین در مطالعه‌ی حاضر، از این آزمون و عوامل اثرگذار بر پیش‌بینی پژوهشگران از موفقیت در ترک در میان مصرف کنندگان دخانیات با درجات متفاوتی از وابستگی، استفاده شد.

جدول ۱. نتایج رابطه‌ی بین ترک ناموفق و اطلاعات دموگرافیک در شرکت کنندگان

مقدار P	وضعیت ترک ناموفق		مشخصات
	خیر تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	
۰/۰۸۷	۱۶ (۴/۲)	۶ (۹/۰)	سن < ۲۵
	۱۰۶ (۲۷/۵)	۹۰ (۳۱/۰)	۲۵-۳۴
	۱۲۹ (۳۳/۵)	۸۸ (۳۰/۳)	۳۵-۴۴
	۹۴ (۲۴/۴)	۵۸ (۲۰/۰)	۵۵-۵۴
	۴۰ (۱۰/۴)	۲۸ (۹/۷)	۵۵ ≤
۰/۰۲۲	۶۰ (۱۵/۶)	۶۵ (۲۲/۵)	وضعیت تأهل مجرد
	۳۲۵ (۸۴/۴)	۲۲۴ (۷۷/۵)	متأهل
۰/۵۵۶	۲۰۲ (۵۲/۹)	۱۵۱ (۵۲/۱)	وضعیت تحصیلات بی‌سواد
	۱۲۲ (۳۱/۹)	۸۴ (۲۹/۰)	مقدماتی
	۲۲ (۵/۸)	۲۳ (۷/۹)	زیر لیسانس
	۳۶ (۹/۴)	۳۲ (۱۱/۰)	لیسانس و بالاتر
	۴۷ (۱۲/۸)	۴۵ (۱۶/۵)	کم
۰/۳۰۴	۲۷۱ (۷۳/۶)	۱۹۸ (۷۲/۵)	درآمد متوسط
	۵۰ (۱۳/۶)	۳۰ (۱۱/۰)	بالا
	۱۱۶ (۳۱/۲)	۷۹ (۲۸/۲)	شغل کارمند
	۱۹۵ (۵۲/۴)	۱۴۹ (۵۳/۲)	بی‌کار
	۳۰ (۸/۱)	۲۷ (۹/۶)	آزاد
۰/۰۱۴	۳۱ (۸/۳)	۲۵ (۸/۹)	کارگر
	۴۶ (۱۱/۹)	۵۸ (۲۰/۱)	تعداد سیگار در روز < ۱۰
	۴۲ (۱۰/۹)	۳۴ (۱۱/۸)	۱۰-۱۹
	۱۹۰ (۴۹/۴)	۱۳۶ (۴۷/۲)	۲۰-۲۹
	۱۰۷ (۲۷/۸)	۶۰ (۲۰/۸)	≥ ۳۰
۰/۹۳۴	۴۳ (۱۱/۲)	۳۷ (۱۲/۸)	مدت مصرف سیگار (سال) < ۱۰
	۱۳۶ (۳۵/۳)	۱۰۰ (۳۴/۵)	۱۰-۱۹
	۱۱۸ (۳۰/۶)	۸۹ (۳۰/۷)	۲۰-۲۹
	۸۸ (۲۲/۹)	۶۴ (۲۲/۱)	≥ ۳۰
	۱۹۲ (۵۰/۰)	۱۱۶ (۴۰/۱)	نشانی ایرانی
۰/۰۰۸	۱۹۲ (۵۰/۰)	۱۷۳ (۵۹/۹)	خارجی
	۱۳۳ (۳۸/۳)	۱۳۳ (۴۸/۴)	غلظت نیکوتین (mg/pack) < ۰/۵
	۱۷۶ (۵۰/۷)	۱۵ (۵/۵)	۰/۵-۰/۸
۰/۸۸۴	۳۸ (۱۱/۰)	۱۲۷ (۴۶/۲)	> ۰/۸
	۷۵ (۱۹/۵)	۵۵ (۱۹)	سابقه‌ی قلبی پزشکی قلب
	۲۳۹ (۶۲/۱)	۱۸۶ (۶۴/۱)	ریه
	۵۲ (۱۳/۵)	۳۹ (۱۳/۶)	گوارش
	۵۰ (۱۳/۱)	۳۹ (۱۳/۶)	سرطان
۰/۹۰۹	۱۵۷ (۴۰/۸)	۱۱۷ (۴۰/۳)	سایر مشکلات خواب
	۲۶۵ (۶۹/۲)	۲۰۹ (۷۲/۶)	خلق و خو
	۷۴ (۱۹/۲)	۵۱ (۱۷/۶)	غذا
	۲۸۹ (۷۵/۱)	۲۲۶ (۷۷/۹)	استرس
	۱۳۳ (۳۴/۵)	۱۰۶ (۳۶/۷)	لذت بردن از زندگی
۰/۴۸۸	۱۳۱ (۳۴/۰)	۹۱ (۳۱/۵)	تفریح

جدول ۲. نتایج رابطه‌ی بین طول مدت ترک (ماه) و اطلاعات دموگرافیک و سایر خصوصیات در شرکت کنندگان

مقدار P	طول مدت ترک (ماه)			مشخصات
	نه	< ۶	≥ ۶	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۵۵۹	۲۳ (۵/۶)	۱۱ (۹/۲)	۵ (۴/۲)	< ۲۵
	۱۱۴ (۲۷/۵)	۴۱ (۳۴/۲)	۳۶ (۳۰/۳)	۲۵-۳۴
	۱۴۰ (۳۳/۸)	۳۸ (۳۱/۷)	۳۴ (۲۸/۶)	۳۵-۴۴
	۹۷ (۲۳/۴)	۱۶ (۱۳/۳)	۳۱ (۲۶/۱)	۵۵-۵۴
	۴۰ (۹/۷)	۱۴ (۱۱/۷)	۱۳ (۱۰/۹)	۵۵ ≤
۰/۵۶۳	۷۳ (۱۷/۶)	۲۶ (۲۱/۸)	۲۱ (۱۷/۶)	مجرد
	۳۴۱ (۸۲/۴)	۹۳ (۷۸/۲)	۹۸ (۸۲/۴)	متاهل
۰/۹۱۴	۲۱۳ (۵۱/۸)	۶۷ (۵۵/۸)	۶۳ (۵۲/۸)	بی‌سواد
	۱۳۲ (۳۲/۱)	۳۴ (۲۸/۳)	۳۰ (۲۵/۲)	مقدماتی
	۲۳ (۵/۶)	۸ (۶/۷)	۱۳ (۱۰/۹)	زیر لیسانس
	۴۳ (۱۰/۵)	۱۱ (۹/۲)	۱۳ (۱۰/۹)	لیسانس و بالاتر
۰/۴۸۸	۵۳ (۱۳/۴)	۱۸ (۱۵/۸)	۱۵ (۱۳/۵)	کم
	۲۹۱ (۷۳/۵)	۸۱ (۷۱/۱)	۸۵ (۷۶/۶)	متوسط
	۵۲ (۱۳/۱)	۱۵ (۱۳/۲)	۱۱ (۹/۹)	بالا
۰/۴۴۰	۱۲۲ (۳۰/۳)	۲۹ (۲۵/۲)	۴۱ (۳۶/۶)	کارمند
	۲۱۰ (۵۲/۱)	۶۲ (۵۳/۹)	۵۷ (۵۰/۴)	بی‌کار
	۳۵ (۸/۷)	۱۱ (۹/۶)	۱۰ (۸/۸)	آزاد
	۳۶ (۸/۹)	۱۳ (۱۱/۳)	۵ (۴/۴)	کارگر
۰/۰۰۲	۴۷ (۱۱/۴)	۲۶ (۲۲/۰)	۲۷ (۲۲/۷)	< ۱۰
	۴۷ (۱۱/۴)	۱۳ (۱۱/۰)	۱۴ (۱۱/۸)	۱۰-۱۹
	۲۰۶ (۴۹/۸)	۵۰ (۴۲/۴)	۵۵ (۴۶/۲)	۲۰-۲۹
	۱۱۴ (۲۷/۵)	۲۹ (۲۴/۶)	۲۳ (۱۹/۳)	≥ ۳۰
	۴۶ (۱۱/۱)	۱۶ (۱۳/۳)	۱۴ (۱۱/۸)	< ۱۰
۰/۴۷۰	۱۵۲ (۳۶/۷)	۳۹ (۳۲/۵)	۳۸ (۳۱/۹)	۱۰-۱۹
	۱۲۷ (۳۰/۷)	۴۰ (۳۳/۳)	۳۵ (۲۹/۴)	۲۰-۲۹
	۸۹ (۲۱/۵)	۲۵ (۲۰/۸)	۳۲ (۲۶/۹)	≥ ۳۰
	۱۹۹ (۴۸/۲)	۴۹ (۴۱/۲)	۴۹ (۴۱/۲)	ایرانی
۰/۲۲۴	۲۱۴ (۵۱/۸)	۷۰ (۵۸/۸)	۷۰ (۵۸/۸)	خارجی
	۱۵۳ (۴۰/۶)	۴۳ (۳۹/۴)	۵۹ (۵۱/۷)	< ۰/۵
	۳۷ (۹/۸)	۱۰ (۹/۲)	۶ (۵/۳)	۰/۵-۰/۸
	۱۸۷ (۴۹/۶)	۵۶ (۵۱/۴)	۴۹ (۴۳)	> ۰/۸
	۷۸ (۱۸/۸)	۲۴ (۲۰/۰)	۲۵ (۲۱/۲)	قلب
۰/۸۴۰	۲۶۲ (۶۳/۳)	۷۵ (۶۲/۵)	۷۴ (۶۲/۲)	ریه
۰/۹۷۰	۵۳ (۱۲/۸)	۲۱ (۱۷/۶)	۱۳ (۱۱/۲)	گوارش
۰/۵۳۱	۵۲ (۱۲/۷)	۱۴ (۱۱/۸)	۱۹ (۱۶/۲)	سرطان
۰/۶۹۳	۱۶۲ (۳۹/۱)	۵۲ (۴۳/۳)	۴۹ (۴۱/۲)	خواب
۰/۵۷۶	۲۸۴ (۶۸/۹)	۸۵ (۷۱/۴)	۸۷ (۷۳/۷)	خلق و خو
۰/۹۷۷	۷۹ (۱۹/۱)	۲۲ (۱۸/۳)	۲۲ (۱۸/۵)	غذا
۰/۴۹۴	۳۱۰ (۷۴/۹)	۹۶ (۸۰/۰)	۸۹ (۷۴/۸)	استرس
۰/۲۱۵	۱۴۱ (۳۴/۱)	۵۱ (۴۲/۵)	۴۰ (۳۳/۹)	لذت بردن از زندگی
۰/۲۲۷	۱۳۶ (۳۲/۹)	۴۷ (۳۹/۲)	۳۴ (۲۸/۸)	تفریح

جدول ۳. نتایج رابطه‌ی بین آزمون Fagerström و برخی ویژگی‌ها در جمعیت مورد مطالعه در شرکت کنندگان

مقدار P	آزمون Fagerström		مشخصات
	تعداد شدید تعداد (درصد)	تعداد متوسط تعداد (درصد)	
< ۰/۰۰۱	۳۴/۶ ± ۱۱/۱	۴۱/۲ ± ۱۰/۷	سن (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۰۰۱	۶۶ (۲۴/۴)	۵۸ (۱۴/۴)	وضعیت تأهل مجرد
< ۰/۰۰۱	۲۰۵ (۷۵/۶)	۳۴۴ (۸۵/۶)	متاهل
	۱۱۸ (۴۳/۴)	۲۳۴ (۵۸/۶)	بی‌سواد
	۸۵ (۳۱/۳)	۱۲۱ (۳۰/۳)	مقدماتی
	۲۶ (۹/۶)	۱۹ (۴/۸)	زیر لیسانس
۰/۱۶۱	۴۳ (۱۵/۸)	۲۵ (۶/۳)	لیسانس و بالاتر
	۱۶ (۶/۱)	۴۰ (۱۰/۳)	کارمند
	۱۳۹ (۵۲/۷)	۲۰۵ (۵۲/۸)	بی‌کار
	۲۸ (۱۰/۶)	۲۹ (۷/۵)	شغل آزاد
۰/۰۸۳	۱/۳۰ ± ۰/۸۵	۱/۲۰ ± ۰/۶۸	تعداد دفعات ترک (میانگین ± انحراف معیار)
	۱۵۱ (۵۷/۴)	۲۶۲ (۶۷/۴)	متغیر گسسته
۰/۰۱۹	۵۲ (۱۹/۸)	۶۸ (۱۷/۵)	منفی
	۶۰ (۲۲/۸)	۵۹ (۱۵/۲)	۶ ماه <
			۶ ماه ≥
< ۰/۰۰۱	۱۴/۸ ± ۶/۶	۲۷/۱ ± ۱۱/۴	تعداد سیگار کشیدن در روز (میانگین ± انحراف معیار)
< ۰/۰۰۱	۵۵ (۲۰/۲)	۲۵ (۶/۲)	متغیر گسسته
	۹۹ (۳۶/۴)	۱۳۶ (۳۳/۸)	< ۱۰
	۷۹ (۲۹)	۱۲۸ (۳۱/۸)	۱۰-۱۹
	۳۹ (۱۴/۳)	۱۱۳ (۲۸/۱)	۲۰-۲۹
< ۰/۰۰۱	۸۷ (۳۲/۱)	۲۲۱ (۵۵/۰)	≥ ۳۰
	۱۸۴ (۶۷/۹)	۱۸۱ (۴۵/۰)	ایرانی
	۱۴۸ (۵۶/۹)	۱۱۸ (۳۲/۶)	خارجی
< ۰/۰۰۱	۳۲ (۱۲/۳)	۲۱ (۵/۸)	غلظت نیکوتین (mg/pack)
	۸۰ (۳۰/۸)	۲۲۳ (۶۱/۶)	< ۰/۵
			۰/۵-۰/۸
۰/۱۹۳	۴۶/۲۷۲ (۱۶/۹)	۸۴/۴۰۱ (۲۰/۹)	> ۰/۸
۰/۰۰۳	۱۵۳/۲۷۲ (۵۶/۳)	۲۷۲/۴۰۲ (۶۷/۷)	سابقه‌ی بیماری قلبی (بلی) (کل / تعداد) %
۰/۷۲۴	۳۵/۲۶۹ (۱۳/۰)	۵۶/۴۰۱ (۱۴/۰)	ریه
۰/۴۸۳	۳۳/۲۷۰ (۱۲/۲)	۵۶/۳۹۷ (۱۴/۱)	گوارش
۰/۰۰۱	۹۰/۲۷۲ (۳۳/۱)	۱۸۳/۴۰۲ (۴۵/۵)	سرطان
۰/۳۰۷	۱۸۴/۲۶۹ (۶۸/۴)	۲۸۹/۴۰۱ (۷۲/۱)	خواب
۰/۷۹۲	۲۰۶/۲۷۲ (۷۵/۷)	۳۰۸/۴۰۲ (۷۶/۶)	سایر مشکلات
< ۰/۰۰۱	۷۳/۲۷۱ (۲۶/۹)	۱۶۵/۴۰۲ (۴۱/۰)	خلق و خو
۰/۰۰۷	۷۳/۲۷۱ (۲۶/۹)	۱۴۸/۴۰۲ (۳۶/۸)	استرس
			لذت بردن از زندگی
			تفریح

افراد هر چه در مراحل بالاتری از وابستگی باشند، دوره‌ی کوتاه‌تری از ترک خواهند داشت. مادامی که وابستگی جسمانی به دخانیات پیشرفت می‌کند، نشانه‌های ترک ناشی از پرهیز دراز مدت ظاهر می‌شوند (۲۴). به همین خاطر، برای افراد با وابستگی پیشرفته‌تر، عدم مصرف کوتاه‌تر و دشوارتر بود.

از سوی دیگر، نتایج متناقضی برای ارتباط بین موفقیت در ترک سیگار و کوشش‌های قبلی به این منظور گزارش گردید. این ارتباط هم به صورت معکوس و هم به صورت مستقیم در برخی گزارش‌ها آمده است. وابستگی زیاد به نیکوتین با کیفیت کمتر زندگی، اشتغال‌زایی کمتر، سطح تحصیلات پایین‌تر، محرومیت از بیمه‌ی سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی مرتبط می‌باشد (۲۵).

در شمار زیادی از مطالعات گذشته، سطح تحصیلات افراد از عوامل پیشگو در ترک سیگار می‌باشد (۲۶). نتایج مشابه این مطالعه با مطالعات گذشته (۲۷-۲۸) نشان دهنده‌ی آن است که سطح تحصیلات پایین‌تر، رابطه‌ی مشخص و معنی‌داری با رواج بیشتر سیگار و وابستگی به نیکوتین دارد. به نظر می‌رسد با افزایش میزان تحصیلات در میان مصرف‌کنندگان سیگار، موفقیت در ترک و عدم بازگشت متداول‌تر است (۲۹).

به علاوه، تعدادی از عوامل بنیادین روان‌شناختی مانند خلق، استرس، خواب، لذت و سرگرمی بررسی شدند. در ارزیابی اخیر راجع به ایرانیان مصرف‌کننده‌ی سیگار، تنها خوش‌گذرانی و تفریح در زندگی روزمره، همبستگی مثبتی با FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) داشت. مطبوعات نیز بیانگر آنند که اختلالات روانی

در مطالعات قبلی، نقش عوامل گوناگونی همچون سن، جنسیت، تحصیلات، اشتغال، وضعیت دموگرافیک، روابط اجتماعی، ویژگی سیگار کشیدن، مشکلات روحی-روانی و سلامت جسمی و ذهنی تحت بررسی و مطالعه قرار گرفت (۱۹-۱۸) و همچنین میزان تأثیر این عوامل و عوامل دیگر ارزیابی شد.

تعداد سال‌های مصرف سیگار و نیز تعداد نخ سیگار در روز، عوامل خطر قدرتمندی در آزمون Fagerström محسوب می‌شوند. همان‌طور که از پژوهش کنونی نتیجه‌گیری می‌شود، نتایج این آزمون، رابطه‌ی مستقیمی با سیگارهای مصرفی روزانه، افزایش تعداد دفعات مصرف آن، طول مدت مصرف بیشتر و رابطه‌ی معکوسی با زمان استفاده از اولین نخ سیگار، انگیزه‌ی ترک و سن اولین دفعه‌ی سیگار کشیدن دارد (۲۱-۲۰).

یک فرضیه‌ی ابتدایی راجع به اعتیاد به مواد مخدر آن است که در درجه‌ی اول وابستگی روانی به این مواد رخ می‌دهد و پس از آن، به دنبال پاسخ‌های متقابل، وابستگی جسمانی حاصل می‌گردد (۲۳-۲۲). داده‌های به دست آمده، به طور قوی از تئوری کلی مبنی بر این که هر مرحله‌ی پسین در بیشتر شدن وابستگی جسمانی و به ویژه، تعداد سیگارهای یک روز و طول مدت (سال‌های) مصرف آن مؤثر می‌باشد، حمایت می‌کند.

اگر چه این رقم (تعداد سیگار مصرفی در روز) ارتباط محکمی با نتایج آزمون Fagerström دارد، شرکت‌کنندگان بدون هیچ سابقه‌ای از ترک، امتیاز بالاتری را نسبت به گروه‌های ترک کرده در ۶ ماه گذشته یا بیشتر از آن، داشتند.

در مطالعات قبلی، این چنین عنوان شده بود که

به آن) تنها به وسیله‌ی آزمون Fagerström قابل پیش‌بینی نمی‌باشد (۳۵).

مطالعات متعددی نشان داده است که عوامل اجتماعی-دموگرافیک پیشگویی کننده‌ی ترک در مصرف کنندگان سیگار درآمد بالاتر، سن کمتر، تعداد کمتر مصرف روزانه‌ی سیگار و متأهل بودن است (۳۶). بعضی مطالعات نشان داده‌اند که تعداد کمتر سیگار، مهم‌ترین توصیف کننده‌ی احتمال ترک موفق سیگار است (۳۷). مطالعه‌ی حاضر، نتایج مشابهی با این مطالعات نداشته است و به نظر می‌رسد که ترک موفق‌تر در سن‌های پایین‌تر است و در سن‌های بالاتر، احتمال ادامه‌ی ترک بالاتر است (۳۸).

مشابه مطالعه‌ی حاضر، در دو مطالعه‌ی دیگر نیز مشاهده شده است که احتمال در ترک ماندن در افراد با سن بالاتر و نیز مصرف کنندگان سیگار با تعداد سیگار مصرفی ۲۵ عدد و بیشتر در روز بیشتر است (۳۸). یک علت آن، می‌تواند آسیب‌های ناشی از سیگار به سلامتی و توصیه به ترک توسط پزشکان باشد و به نظر می‌رسد افراد مسن، نگران سلامتی خود هستند.

شرکت کنندگان با تحصیلات بالاتر، احتمال کمتری دارد که مصرف کننده‌ی سیگار باشند؛ چون با احتمال کمتری سیگار را شروع می‌کنند و احتمال بیشتری دارد که در ترک موفق باشند (۲۹). در مطالعه‌ی حاضر هیچ گونه رابطه‌ای بین تحصیلات با ترک سیگار مشاهده نشد؛ علت اختلاف در یافته‌ی این مطالعه با سایر مطالعات، این است که اغلب مصرف کنندگان سیگار در جامعه‌ی ما سطح تحصیلات کمی دارند و امکان مقایسه‌ی دقیق نبود.

یک سری از عوامل روان‌شناسی از جمله خلق و خو، استرس، خواب، لذت بردن از زندگی و

نه تنها موجب وابستگی بیشتر به نیکوتین می‌شوند (۳۰)، بلکه مصرف سیگار فراوان‌تری را به دنبال دارند (۳۱).

خواب نامناسب، افسردگی (۳۲) و عملکرد ادراکی مختل بارها گزارش شده‌اند. مکانیسم احتمالی می‌تواند ناشی از اثر سمی اجزای سیگار بر مغز انسان باشد. افزون بر این، مصرف کنندگان سیگار مبتلا به افسردگی، میزان مصرف (۳۱) و وابستگی بالاتر (۳۳) و شانس ترک و عدم بازگشت کمتری (۳۱) دارند. عدم مطابقت در یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و گزارش اخیر، این گونه توضیح داده می‌شود که پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در مطالعه‌ی حاضر، فقط با گزارش فردی خود اشخاص تکمیل شد و اسناد معتبری درباره‌ی این داده‌ها در اختیار نبود. به هر صورت، می‌توان حدس زد که لذت داشتن در فعالیت‌های روزمره یک رخداد ثانویه است که به دنبال استعمال دخانیات در وضعیت حاد Fagerström به وجود می‌آید.

محدودیت بالقوه در این داده‌ها تعصب احتمالی است که توسط گزارش فردی از طرف شخص اعمال شده است. همچنین درجات FTND در خصوص وابستگی جسمانی، همچنان که به وسیله‌ی DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) و ICD-10 (International Classification of Diseases-10) تعریف شده است، سایر جنبه‌های وابستگی را در نظر نمی‌گیرد. همچنین توانایی این آزمون در پیش‌بینی ترک سیگار و نشانه‌های آن کامل نیست (۳۴). نظر به این که ترک سیگار بر وابستگی روانی به این ماده تمرکز می‌کند، این مسأله (ترک و نشانه‌های وابسته

مصرف سیگار است. سلامت عمومی مناسب وابسته به اطلاع از عوامل منجر به مصرف سیگار و مشکلات سلامت ناشی از آن است. تعداد متوسط سیگار در روز در مطالعه‌ی حاضر ۲۲/۳ نخ بود که به طور معنی‌داری از مطالعات مشابه بیشتر است (۴۲). نتایج نشان می‌دهد تعداد سیگار در روز با افزایش سن تا میانسالی افزایش و بعد از آن، کاهش می‌یابد. این نتایج همخوان با مطالعات دیگر است (۴۳).

در پایان چنین نتیجه‌گیری می‌شود که این مطالعه، بینشی را در مورد عوامل مرتبط با ترک سیگار موفق در مصرف‌کنندگان سیگار در ایران فراهم می‌کند که به زیر گروه‌هایی با بالاترین میزان مصرف و وابستگی کمک می‌کند. محدودیت‌های این داده‌ها، خطای احتمالی به دلیل گزارش توسط خود شرکت‌کنندگان و تعداد کم خانم‌ها است (نتایج قابل تعمیم به خانم‌ها نمی‌باشد). صرف نظر از این محدودیت‌ها، یافته‌های این مطالعه اهمیت بالینی دارند. بر خلاف کشورهای توسعه یافته، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه سرویس‌های مشاوره‌ی ترک سیگار به مراتب کمتر در دسترس هستند و کمتر توسط افراد متخصص ارزیابی می‌شوند. این مشکلات نیاز به توجه ویژه در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران دارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آقای فربرز صفایی به خاطر همه‌ی همکاری‌ها در اجرای پژوهش در مرکز بهداشت شماره‌ی ۲ و همچنین از مرکز بهداشت اصفهان به دلیل همکاری‌ها و جمع‌آوری شرکت‌کنندگان سپاسگزاری می‌گردد.

تفریحات در مطالعه‌ی حاضر بررسی شدند که هیچ کدام پیشگویی‌کننده‌ی ترک نبودند. اگر چه در مطالعات دیگری، این عوامل به عنوان عوامل پیشگویی‌کننده‌ی مهمی در ترک در جوامع دیگر مطرح بوده‌اند (۲۷). این اختلاف می‌تواند به دلیل این باشد که داده‌ها توسط خود شرکت‌کنندگان بدون بررسی علمی جمع‌آوری شده است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که مردان مراجعه‌کننده به کلینیک ترک سیگار، به مراتب بیش از زنان بودند که این امر شاید به دلایل اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، عوامل دموگرافیک و نابرابری در دستیابی به خدمات بهداشتی شامل برنامه‌های ترک سیگار بوده باشد. زنان میزان کمتر مصرف سیگار دارند، مصرف سیگار را در سن بالاتری شروع می‌کنند و تعداد سیگار کمتری در روز مصرف می‌کنند (بیشتر در کشورهای در حال توسعه) (۳۹)؛ به همین دلیل، آن‌ها کمتر از بیماری‌های ایجاد شده توسط سیگار رنج می‌برند و نیاز کمتری به ترک دارند.

بیشترین شیوع سیگار بین سنین ۲۵-۳۴ سال و متوسط سن شروع سیگار ۱۸/۶ است و این همخوان با سایر مطالعات در خاور میانه است (۴۰). به همین دلیل، توجه اصلی باید در برنامه‌های آموزش سلامت برای نوجوانان و جوانان باشد. شرکت‌کنندگان با مدت مصرف ۱۰-۲۹ سال، شاید به دلیل مشکلاتی که سیگار برای سلامتی آن‌ها بوجود آورده است، بیشتر مشتاق ترک هستند.

واضح است که ترک سیگار یک فرایند پیچیده است که نیازمند مهارت‌های ویژه‌ای می‌باشد (۴۱). توصیه‌های مرتبط با ترک به مصرف‌کنندگان سیگار، یکی از اقدامات اصلی برای کنترل و محدود کردن

References

1. Istituto Superiore di Sanità: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga: Pubblicazioni: Smettere di fumare [Online]. [cited 2010 Jan 27]; Available from: URL: <http://www.iss.it/ofad/publ/cont.php?id=177&tipo=6&lang=1>
2. Donato F, Boffetta P, Fazioli R, Aulenti V, Gelatti U, Porru S. Bladder cancer, tobacco smoking, coffee and alcohol drinking in Brescia, northern Italy. *Eur J Epidemiol* 1997; 13(7): 795-800.
3. WHO atlas maps global tobacco epidemic. *Public Health Rep* 2002; 117: 479-82.
4. WHO Atlas maps global tobacco epidemic. *Cent Eur J Public Health* 2003; 11(2): 106.
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_TF_L11.3_eng.pdf
6. Tobacco use--United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999; 48(43): 986-93.
7. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995; 15(3): 369-90.
8. Picco L, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Smoking and nicotine dependence in Singapore: findings from a cross-sectional epidemiological study. *Ann Acad Med Singapore* 2012; 41(8): 325-34.
9. Salameh P, Khayat G, Waked M. The lebanese cigarette dependence (LCD) score: a comprehensive tool for cigarette dependence assessment. *Int J Behav Med* 2014; 21(2): 385-93.
10. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2010.
11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9): 1119-27.
12. Escobedo LG, Anda RF, Smith PF, Remington PL, Mast EE. Sociodemographic characteristics of cigarette smoking initiation in the United States. Implications for smoking prevention policy. *JAMA* 1990; 264(12): 1550-5.
13. Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatziandreu EJ, Davis RM. Trends in cigarette smoking in the United States. Educational differences are increasing. *JAMA* 1989; 261(1): 56-60.
14. Nagelhout GE, de Korte-de BD, Kunst AE, van der Meer RM, de VH, van Gelder BM, et al. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 303.
15. Tsai AC, Lin YA, Tsai HJ. Predictors of smoking cessation in 50-66-year-old male Taiwanese smokers: a 7-year national cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(2): 295-300.
16. Abdullah AS, Ho LM, Kwan YH, Cheung WL, McGhee SM, Chan WH. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? *J Aging Health* 2006; 18(4): 552-64.
17. Duncan CL, Cummings SR, Hudes ES, Zahnd E, Coates TJ. Quitting smoking: reasons for quitting and predictors of cessation among medical patients. *J Gen Intern Med* 1992; 7(4): 398-404.
18. Kaplan MS, Newsom JT, McFarland BH. Older adults' contact with health practitioners: is there an association with smoking practices? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57(6): M343-M346.
19. Lam TH, He Y, Shi QL, Huang JY, Zhang F, Wan ZH, et al. Smoking, quitting, and mortality in a Chinese cohort of retired men. *Ann Epidemiol* 2002; 12(5): 316-20.
20. Rohsenow DJ, Martin RA, Tidey JW, Monti PM, Colby SM. Comparison of the cigarette dependence scale with four other measures of nicotine involvement: correlations with smoking history and smoking treatment outcome in smokers with substance use disorders. *Addict Behav* 2013; 38(8): 2409-13.
21. Difranza JR, Wellman RJ, Savageau JA. Does progression through the stages of physical addiction indicate increasing overall addiction to tobacco? *Psychopharmacology (Berl)* 2012; 219(3): 815-22.
22. Russell MA. Cigarette dependence. I. Nature and classification. *Br Med J* 1971; 2(5757): 330-1.
23. Russell MA. Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder. *Br J Med Psychol* 1971; 44(1): 1-16.
24. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res* 2007; 9(3): 315-27.
25. Schnoll RA, Goren A, Annunziata K, Suaya JA. The prevalence, predictors and associated health outcomes of high nicotine dependence using three measures among US smokers. *Addiction*

- 2013; 108(11): 1989-2000.
26. Zhu BP, Giovino GA, Mowery PD, Eriksen MP. The relationship between cigarette smoking and education revisited: implications for categorizing persons' educational status. *Am J Public Health* 1996; 86(11): 1582-9.
 27. Faseru B, Nollen NL, Mayo MS, Krebill R, Choi WS, Benowitz NL, et al. Predictors of cessation in African American light smokers enrolled in a bupropion clinical trial. *Addict Behav* 2013; 38(3): 1796-803.
 28. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99(6): 770-7.
 29. Kim YN, Cho YG, Kim CH, Kang JH, Park HA, Kim KW, et al. Socioeconomic indicators associated with initiation and cessation of smoking among women in Seoul. *Korean J Fam Med* 2012; 33(1): 1-8.
 30. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76(3): 287-95.
 31. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284(20): 2606-10.
 32. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev* 2004; 111(1): 33-51.
 33. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(11): 1107-15.
 34. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2004; 6(2): 327-48.
 35. Etter JF. Comparing the validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95(1-2): 152-9.
 36. Myung SK, Seo HG, Cheong YS, Park S, Lee WB, Fong GT. Association of sociodemographic factors, smoking-related beliefs, and smoking restrictions with intention to quit smoking in Korean adults: findings from the ITC Korea Survey. *J Epidemiol* 2012; 22(1): 21-7.
 37. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, Krall EA, Vokonas PS, Garvey AJ. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *Am J Public Health* 2000; 90(3): 404-6.
 38. Levy DT, Romano E, Mumford E. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies. *Nicotine Tob Res* 2005; 7(3): 387-96.
 39. Memon A, Moody PM, Sugathan TN, el-Gerges N, al-Bustan M, al-Shatti A, et al. Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bull World Health Organ* 2000; 78(11): 1306-15.
 40. Pierce JP. International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989; 79(2): 152-7.
 41. Champion P, Owen L, McNeill A, McGuire C. Evaluation of a mass media campaign on smoking and pregnancy. *Addiction* 1994; 89(10): 1245-54.
 42. Tramacere I, Gallus S, Pacifici R, Zuccaro P, Colombo P, La VC. Smoking in young and adult population, Italy 2009. *Tumori* 2011; 97(4): 423-7.
 43. Burns DM, Major JM, Shanks TG. Changes in number of cigarettes smoked per day: cross-sectional and birth cohort analyses using NHIS. *Smoking and Tobacco Control Monograph* 2003; 15: 83-99.

Association of Sociodemographic Characteristic with Factors Related to Cigarette Abstinence in Isfahanian Smokers, Iran

Rokhsareh Meamar MD, PhD¹, Mohammad Maracy PhD², Ahmad Bahonar MD³,
Farshad Etedali MD⁴, Ghazaleh Nozari⁵, Marzieh Dehghani-Samani²,
Reza Rouzbehani MD, MPH⁶

Original Article

Abstract

Background: Previous researches has identified sociodemographic factor as an anticipating for cigarette abstinence. The present study aimed to examine the association of sociodemographic factors including failed cessation, duration of cessation and dependency to nicotine with cigarette abstinence.

Methods: This cross-sectional study performed with 673 participants who attended clinic for cessation during 2009-2011. Participants filled some questionnaires about sociodemographic factors including age, marital status, education, income, job and Fagerström questionnaire for nicotine dependency.

Findings: Duration of cessation for more than 6 month was related to more cigarette consumption per day also more than 30 cigarette per day. Marital status, lower cigarette per day, more years of consumption and foreigner brand were associated with failed cessation. Lower educational level, more cigarettes per day, more years of consumption, more nicotine concentration, any quit attempt and loss of any entertainment and enjoy in life were related to sever Fagerström condition.

Conclusion: More cigarette consumption, older age, lower years of consumption, and moderate dependency to nicotine were related to successful cigarette abstinence.

Keywords: Social characteristics, Demography, Cigarette, Abstinence, Dependency

Citation: Meamar M , Maracy M, Bahonar A, Etedali F, Nozari Gh, Dehghani Samani M, et al. **Association of Sociodemographic Characteristic with Factors Related to Cigarette Abstinence in Isfahan Smokers.** J Isfahan Med Sch 2014; 32(297): 1278-90

1- Assistant Professor, Department of Pharmacology, School of Medical Sciences, Islamic Azad University, Najafabad Branch AND Isfahan Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Isfahan Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- General Practitioner, Health Center Number 2, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Student of Medicine, School of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran

6- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Marzieh Dehghani Samani, Email: marziehds@gmail.com