

تأثیر مشاوره بر ترک سیگار بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه

مرضیه شبان^۱، ثریا نجاتی^۱، عباس مهران^۲، جمال صیدی^۳

^۱ مربی پرستاری، ^۲ کارشناس ارشد آمار، ^۳ کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۸۱-۷۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از روش‌های مؤثر در ترک سیگار که از نقش‌های مهم پرستار می‌باشد مشاوره است. انتظار می‌رود به‌کارگیری مشاوره در مراقبت از بیمار جهت ترک سیگار مؤثر باشد. **روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای و بر اساس کارآزمایی بالینی طراحی شده است. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و به تعداد ۱۶۰ نفر بیمار با ویژگی‌های پژوهش انتخاب و سپس به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات و آزمون استاندارد فاگروشتروم بود. بدین منظور به پرونده بیماران مراجعه و پرسشنامه تکمیل و آزمون فاگروشتروم به اجرا درآمد. برای گروه مداخله مشاوره به مدت ۳ ماه جهت ترک سیگار انجام و در گروه کنترل تنها به ترک سیگار تشویق شدند. سپس یک ماه و سه ماه بعد میزان مصرف سیگار در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و از آزمون‌های مجذور کای، من‌ویننی و آزمون دقیق فیشر و از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های بررسی نشان داد یک ماه بعد از مطالعه در گروه مداخله ۲۳ نفر (۲۸/۸٪) و در گروه کنترل ۱۸ نفر (۲۲/۵٪) سیگار را ترک نمودند ($p < ۰/۰۰۰۱$). سه ماه بعد از مطالعه در گروه مداخله ۲۳ نفر (۱/۳٪) و در گروه کنترل ۲۱ نفر (۲۶/۳٪) سیگار را ترک نمودند که این اختلاف هم معنادار بود ($p = ۰/۰۰۶$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه بیانگر مؤثر بودن نقش پرستاران در امر مشاوره برای ترک سیگار بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه می‌باشد که با طولانی‌تر شدن زمان این تأثیر بیشتر خواهد بود به طوری که این تأثیر در ماه سوم پس از مطالعه بیشتر از ماه اول بوده است.

^۱ نویسنده مسؤول
مقاله: دانشکده
پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی
تهران

واژه‌های کلیدی: مشاوره، ترک سیگار، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، نقش پرستار

e-mail:
Shabanma@sina.tums.
ac.ir

- تاریخ دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۴ - تاریخ پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۸۴

مقدمه

کشیدن سیگار عامل اصلی ایجاد بیماری مزمن انسدادی ریوی (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) شامل برونشیت مزمن و آمفیزم ریه است. حدود ۹۰ درصد بیماران مبتلا به COPD سیگاری هستند. (۱) COPD چهارمین علت مرگ ناشی از استعمال دخانیات در آمریکا است. تخمین

زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰، COPD سومین علت مرگ در ایالات متحده باشد. تقریباً ۱۶ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به COPD علامت‌دار هستند. (۲) میزان شیوع COPD در کشورهای توسعه یافته ما بین ۱۷-۳ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۷-۱۳ درصد می‌باشد. (۳) متأسفانه آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به COPD در ایران یافت نشد.

COPD هنگامی رخ می‌دهد که افراد سیگاری در سنین بهره‌دهی به جامعه یعنی ۳۰ سال و بیشتر هستند. (۸) بنابراین ترک سیگار مؤثرترین اقدام برای پیشگیری از COPD یا کند کردن پیشرفت بیماری است. (۴) روش‌های ترک سیگار شامل به‌کارگیری توصیه‌های پزشکان و پرستاران، مداخله‌های سازمان یافته توسط پرستاران، مشاوره‌ی فردی، گروهی و تلفنی، ارایه مطالب خودیاری استاندارد به صورت جزوه و کتب آموزشی و فرآورده‌های جایگزین نیکوتین شامل آدامس، چسب، اسپری و افشانه نیکوتین و داروی ضد افسردگی Bupropion می‌باشد. اما سایر روش‌ها مثل طب سوزنی و هیپنوتیزم درمانی رایج نیست. (۹) امروزه مؤثرترین روش ترک سیگار شامل مشاوره و درمان‌های جایگزین نیکوتین است. (۱۰)

مشاوره فرآیندی بین فردی است که در تصمیم‌گیری برای پیشبرد رفاه کلی به مددجو کمک می‌نماید. (۱۱) مشاوره به صورت فردی، گروهی و تلفنی انجام می‌شود. مطالب خودیاری استاندارد برای کمک به مشاوره ممکن است به کار رود. مطالب شامل جزوات، کتب راهنما، نوارهای صوتی و تصویری، و برنامه‌های رایانه‌ای است که به‌کارگیری هر کدام از این روش‌ها بر اساس نیاز افراد تهیه شده‌اند. (۲) مبنای استفاده از روش خاص، نیاز مشاوره‌ای مددجو، تناسب محیط، در دسترس بودن منابع و میزان راحتی پرستار در مشاوره می‌باشد. مشاور ماهر می‌تواند در طرح مشاوره‌ای خود از چندین روش بهره بگیرد. (۱۳) به طور مثال دو نفر از محققین به نام Dejong و Veltman

استفاده از سیگار در طولانی مدت باعث اختلال حرکت مژک‌های تنفسی، آسیب به سلول‌های Goblet و افزایش مقاومت مجاری هوایی و کاهش ظرفیت ریوی می‌شود، بنابراین ترک سیگار مؤثرترین اقدام برای پیشگیری از COPD یا کند کردن پیشرفت بیماری است. (۴) بیش از ۱/۱ میلیارد نفر در جهان، و به طور کلی ۴۷ درصد مردان و ۱۲ درصد زنان جهان سیگار می‌کشند. تا چندی پیش ۲۴ درصد جمعیت ایالات متحده سیگاری بوده‌اند. هزینه‌های سالیانه بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات در جهان یک صد میلیارد دلار و در ایالات متحده دویست میلیون دلار است. (۵) طبق آمار سال ۱۳۷۸ در ایران ۲۷/۳ درصد مردان و ۳/۴ درصد زنان سیگار می‌کشیدند یعنی سالیانه بالغ بر ۳۰۰ میلیون دلار هزینه برای استعمال سیگار اختصاص یافته است. (۶) در جهان سالیانه سه میلیون نفر به علت استعمال سیگار فوت می‌کنند که این میزان تا ۲۰ سال آینده به ده میلیون نفر در سال خواهد رسید. در ایران مرگ و میر ناشی از استعمال سیگار حدود ۵۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۸ بوده است که طی ۲۰ سال آینده به ۲۰۰۰۰۰ نفر در سال می‌رسد. (۷)

به طور کلی ۳۲ درصد سیگاری‌ها علاقه شدیدی به ترک دارند، اما به دلیل این که بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات ۱۵ سال یا بیشتر پس از شروع سیگار کشیدن روی می‌دهد، مردم به صدمات استعمال دخانیات کمتر توجه می‌کنند. با توجه به این که سن متوسط شروع استعمال سیگار بین ۱۶-۱۲ سالگی است، بیماری‌های وابسته به سیگار مثل

در برنامه مداخله‌ای خود برای ترک سیگار در بیماران مبتلا به COPD از مشاوره فردی، تلفنی و ارایه مطالب خودیار استاندارد به مدت ۳ ماه استفاده نمودند. نتایج حاصله نشان داد که به دنبال مشاوره توسط پرستار ماهر میزان موفقیت در ترک سیگار ۴۴ درصد بود ($p < 0.05$) (۱۴) Richmond در یک مطالعه دریافت که میزان موفقیت در ترک سیگار در بیماران در گروه مشاوره ۳۳ درصد و در گروه مراقبت‌های معمولی ۲۱ درصد بود ($p < 0.05$) (۵)

Sherman و همکاران بیان می‌دارند از آن جا که بیماران مبتلا به COPD اکثراً در حالت مزمن، سالمند بدون علامت، دارای درمان سرپایی و یا بستری در بخش هستند، مشاوره فردی و آموزش چهره به چهره همراه به ارایه مطالب استاندارد شده توأم با پیگیری تلفنی برای تقویت مشاوره بهتر از سایر انواع مشاوره است. (۱۵) بنابراین با بهره‌گیری از نتایج تحقیقات فوق، پژوهشگران بر آن شدند تا از مشاوره فردی، تلفنی و ارایه مطالب خودیاری استاندارد به صورت جزوه آموزشی جهت ترک سیگار در بیماران مبتلا COPD استفاده کنند. این تحقیق با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر ترک سیگار بیماران مبتلا به COPD مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سنندج به اجرا در آمده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای بر اساس کارآزمایی بالینی بود. واحدهای مورد پژوهش شامل بیماران سیگاری مبتلا به COPD

مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۸۳ بودند. سن آنان بالای ۳۰ سال و از هر دو جنس مرد و زن انتخاب شده بودند. حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشتند و داوطلب ترک سیگار بودند. نمونه‌ها پس از انتخاب به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. تعداد واحدهای مورد پژوهش در هر گروه با احتمال اُفت نمونه‌ها ۹۰ نفر در نظر گرفته شد که در طول مطالعه با خروج حدود ۱۰ نفر از هر گروه حجم نمونه به ۸۰ نفر تقلیل یافت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه در سه بخش مشخصات فردی، تاریخچه‌ی بیماری و تاریخچه‌ی استعمال دخانیات، آزمون وابستگی به نیکوتین (Fagrostrom) (۱۶) و برگه ثبت اطلاعات جهت تعیین میزان مصرف سیگار بود. این اطلاعات قبل از مطالعه با مراجعه به پرونده بیماران و پرسش و پاسخ جمع‌آوری گردید. میزان مصرف سیگار قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مطالعه در دو گروه اندازه‌گیری و ثبت گردید. جهت روایی ابزار گردآوری داده‌ها و محتوای آموزشی از روش اعتبار محتوی و جهت پایایی پرسشنامه از آزمون مجدد و جهت پایایی برگه ثبت اطلاعات از اعتباریابی هم‌زمان (Concurrent Validity) استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی (مجذور کای، آزمون دقیق فیشر، Mann - Whitney) داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. روش کار به این صورت بود که پس از کسب اجازه از واحدها و قبل از مشاوره میزان آمادگی بیمار برای ترک سیگار، نیاز

مشاوره‌ای فرد و مشکلات وی در ترک سیگار مورد بررسی قرار گرفت، سپس بر اساس نیاز مشاوره‌ای مددجو برنامه‌ریزی برای ترک سیگار انجام شد. در اولین جلسه به مدت ۲۰ دقیقه مشاوره همراه با آموزش به صورت فردی انجام شد، مشاوره و پیگیری آن به مدت ۳ ماه طول کشید. تعداد بعدی جلسات مشاوره بستگی به نیاز بیمار داشت و در طول مطالعه با پیگیری تلفنی یا حضور در درمانگاه و یا در منزل مددجو مشاوره ترک سیگار ادامه داشت و توصیه‌های لازم بر اساس مشکل بیمار ارایه گردید. مطالب استاندارد شده خودآموزی به صورت جزوه آموزشی با محتوی مضرات سیگار و فواید ترک سیگار، سندرم ترک سیگار، روش مصرف فرآورده‌های جایگزین نیکوتین، روش‌های ترک سیگار و مهارت‌های به تأخیر انداختن مصرف سیگار به واحدهای مورد پژوهش جهت مطالعه ارایه گردید.

برای همگن‌سازی دو گروه، مشخصات واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد متغیرهایی نظیر: سن، جنس، تاریخچه بیماری (شدت بیماری، مصرف داروهای برونکودیلاتور و کورتیکواستروئید)، تاریخچه استعمال دخانیات مثل سن شروع استعمال سیگار، سابقه مصرف سیگار بر حسب سال مورد بررسی قرار گرفتند که هر دو گروه همگن بودند.

یافته‌ها

بر اساس جدول شماره ۱، میانگین سن شروع مصرف سیگار در گروه آزمون ۱۶/۲۵ سال با انحراف معیار ۳/۲۲ و

۳۸/۵ درصد در دامنه سنی ۲۰-۱۵ سال بود. در گروه شاهد میانگین سنی ۱۴/۸۴ سال با انحراف معیار ۳/۵۶ و ۳۳/۸ درصد مربوط به دامنه سنی ۱۵-۱۰ و ۱۰-۲۰ سال بود. آزمون دقیق فیشر نشان داد که توزیع گروه‌های آزمون و شاهد مورد مطالعه اختلاف آماری معناداری ندارند. بنابراین دو گروه از نظر سن شروع استعمال سیگار همگن تلقی می‌شوند. همچنین جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین میزان مصرف سیگار روزانه قبل از مداخله در گروه آزمون ۱۹/۹۶ نخ سیگار با انحراف معیار ۸/۷۹۲ بود که بیشترین درصد (۴۸/۸ درصد) مربوط به دامنه ۲۵-۱۵ نخ سیگار مصرف در روز است. میانگین میزان مصرف سیگار روزانه قبل از مداخله در گروه شاهد ۲۲/۲۹ نخ سیگار با انحراف معیار ۹/۹۱۸ بود که بیشترین درصد (۵۵ درصد) مربوط به دامنه ۲۵-۱۵ نخ سیگار مصرفی در روز می‌باشد. آزمون مجذور کای اختلاف آماری معناداری بین دو گروه نشان نداد و دو گروه از نظر متوسط تعداد نخ‌های مصرفی سیگار در روز قبل از مطالعه همگن بودند.

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در یک ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون ۵۰ درصد کاهش مصرف سیگار داشتند و در گروه شاهد ۵۱/۳ درصد ادامه‌ی مصرف سیگار را داشتند. میزان ترک سیگار در گروه آزمون ۲۸/۸ درصد در مقابل ۲۲/۵ درصد گروه شاهد بود. آزمون آماری من‌ویتنی نشان داد از نظر تغییر در مصرف سیگار، یک ماه پس از مطالعه در دو گروه آزمون و شاهد

دادند. میزان ترک سیگار سه ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون ۴۱/۳ درصد در مقابل گروه شاهد ۲۶/۳ درصد بود. آزمون آماری منویتنی نشان داد که از نظر تغییر در مصرف سیگار، سه ماه بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف آماری معناداری ($p=0/006$) وجود دارد.

اختلاف آماری معناداری ($p<0/0001$) وجود دارد. جدول شماره ۴ مبین آن است که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در سه ماه بعد از مطالعه در گروه آزمون ۴۱/۳۱ درصد ترک سیگار و ۴۱/۳ درصد کاهش میزان مصرف سیگار را داشتند در حالی که در گروه شاهد ۵۵ درصد به مصرف سیگار خود ادامه

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی سن شروع استعمال سیگار بیماران مورد مطالعه در دو گروه آزمون و شاهد در سال

۱۳۸۳

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		گروه‌های مطالعه سن شروع مصرف سیگار (سال)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0/24$	۸/۸	۷	۷/۵	۶	۵-۱۰
	۲۳/۸	۲۷	۳۵	۲۸	۱۰-۱۵
	۳۳/۸	۲۷	۳۸/۸	۳۱	۱۵-۲۰
	۱۵	۱۲	۱۲/۵	۱۰	۲۰-۲۵
	۲/۵	۲	۶/۳	۵	۲۵-۳۰
	۶/۳	۵	۰	۰	۳۰<
	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع
	۱۴/۸۴		۱۶/۲۵		میانگین
۳/۵۶		۳/۲۲		انحراف معیار	

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی متوسط تعداد نخ‌های سیگار مصرفی در روز بیماران مورد مطالعه قبل از مداخله در دو

گروه آزمون و شاهد در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		گروه‌های مطالعه متوسط تعداد نخ‌های سیگار مصرفی در روز (عدد)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$df=2$ $p=0/260$	۲۱/۳	۱۷	۳۲/۵	۲۶	کمتر از ۱۵
	۵۵	۴۴	۴۸/۸	۳۹	۱۵-۲۵
	۲۳/۸	۱۹	۱۸/۸	۱۵	بیشتر از ۲۵
	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع
	۲۲/۲۹		۱۹/۹۶		میانگین
	۹/۹۱۸		۸/۷۹۲		انحراف معیار

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی تغییر وضعیت مصرف سیگار بیماران مورد مطالعه یک ماه پس از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد در سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		تغییرات مصرف سیگار یک ماه بعد از مطالعه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p < .0001$ معنادار است	۲۲/۵	۱۸	۲۸/۸	۲۳	ترک سیگار
	۲۶/۳	۲۱	۵۵	۴۴	کاهش مصرف سیگار
	۵۱/۳	۴۱	۱۶/۳	۱۳	ادامه مصرف سیگار
	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی تغییر وضعیت مصرف سیگار بیماران مورد مطالعه سه ماه پس از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد در سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	شاهد		آزمون		تغییرات مصرف سیگار سه ماه بعد از مطالعه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p = .006$ معنادار است	۲۶/۳	۲۱	۴۱/۳	۳۳	ترک سیگار
	۱۸/۸	۱۵	۴۱/۳	۳۳	کاهش مصرف سیگار
	۵۵	۴۴	۱۷/۵	۱۴	ادامه مصرف سیگار
	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع

بحث

در این مطالعه میانگین میزان مصرف سیگار روزانه قبل از مداخله در گروه آزمون ۱۹/۹۶ نخ سیگار و در گروه شاهد ۲۲/۲۹ نخ سیگار بود. آزمون مجذور کای اختلاف آماری معناداری از نظر میزان مصرف سیگار روزانه قبل از مطالعه نشان نداد. با توجه به گزارش ریچموند و همکاران میزان مصرف سیگار در کشورهای توسعه یافته ۲۲ نخ و در کشورهای در حال توسعه ۱۴ نخ است (۵) در ایران به طور متوسط ۱۳/۴ نخ سیگار در روز مصرف می‌شود. (۶) میزان مصرف سیگار روزانه در این تحقیق بیشتر از نتایج مطالعات انجام شده است و ممکن است یکی از دلایل آن سابقه طولانی در مصرف سیگار و وابستگی شدید بیماران مبتلا به COPD به نیکوتین باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین سن شروع مصرف سیگار در گروه آزمون ۱۶/۲۵ سال و در گروه شاهد ۱۴/۸۴ سال بود که آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر سن شروع سیگار اختلاف آماری معناداری نداشتند. ریچموند بیان می‌کند که در بسیاری از کشورها، مردم استعمال دخانیات را در سنین جوانی با میانگین سن شروع زیر ۱۵ سال آغاز می‌نمایند. آغاز سیگار کشیدن در دوران کودکی یا بلوغ، خطر ابتلای به بیماری‌های ریوی وابسته به سیگار را ۲ یا ۴ برابر می‌کند. (۵) ۶۶/۳ درصد سیگاری‌های ایرانی در ۲۴-۱۵ سالگی سیگار کشیدن را شروع می‌کنند. (۶) این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

یافته‌های این مطالعه با برخی از نتایج مطالعات قبلی هماهنگی و با بعضی از آنها تفاوت داشت که می‌تواند ناشی از دلایل ذیل باشد: اول این که همانند مطالعات قبلی همه‌ی بیماران مبتلا به COPD در سن بالای ۳۰ سال قرار داشتند و دچار عوارض ناشی از مصرف سیگار و علایم بیماری بودند با انگیزه به دست آوردن سلامتی و بهبودی تمایل بیشتری به ترک سیگار داشتند که ممکن است این انگیزه مشابه سایر افراد مثل زنان حامله و یا بیماران دیگر نباشد، از طرفی بیماران مبتلا به COPD به خاطر بستری شدن فرصت طلایی برای ترک سیگار داشتند و می‌توانند میزان مصرف سیگار را به تدریج تا روزی که برای ترک سیگار مشخص شده است کاهش دهند. از دلایل دیگر میزان موفقیت بالا در ترک سیگار در این مطالعه انجام مشاوره توسط پرستار متخصص بالینی ماهر در امر مشاوره بود، به طوری که نتایج حاصله از مطالعات قبلی نشان داد که میزان موفقیت در ترک سیگار پس از مشاوره توسط پرستار متخصص بالینی ۴۴ درصد ($p < 0.05$) بود (۱۳) در حالی که میزان موفقیت ترک سیگار پس از مشاوره توسط کارکنان بیمارستان ۱۴/۲ درصد بود ($p < 0.05$) (۲۱)

از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان آنالیز مونوکسیدکربن تنفسی و نیکوتین خون به منظور تأیید گزارش واحدهای مورد پژوهش به منظور تأیید صحت ترک سیگار بود این محدودیت به خاطر هزینه بالای این آزمایشات و ممانعت در دستیابی به آن بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به اجرا در آید. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه تعمیم‌پذیری

بر اساس یافته‌های این بررسی در یک ماه بعد از مداخله میزان ترک سیگار در گروه مشاوره ۲۸/۸ درصد در مقابل گروه شاهد ۲۲/۵ درصد بود ($p < 0.001$) و در سه ماه بعد از مطالعه میزان ترک سیگار در گروه مشاوره ۴۱/۳ درصد در مقابل گروه شاهد ۲۶/۳ درصد بود ($p = 0.006$). این نتایج نشان داد که مشاوره طی سه ماه بعد از مداخله بر ترک سیگار مؤثرتر از یک ماه بعد از مطالعه بود. دلیل این امر نیاز به زمانی طولانی‌تر برای ترک سیگار بود هم‌چنان که در مرور مطالعات نیز طول مدت لازم برای مشاوره را از یک ماه تا یک سال با متوسط ۳ ماه در نظر گرفته‌اند. (۱۷) Malchodi و همکاران دریافتند که میزان موفقیت مشاوره در ترک سیگار بدون استفاده از فرآورده‌های جایگزین نیکوتین در زنان حامله در مدت ۱۳ هفته بعد از مطالعه ۲۴ درصد در گروه مشاوره در مقابل ۲۱ درصد در گروه شاهد بود ($p = 0.005$) (۱۸) در حالی که دیونگ و ولتمن دریافتند که میزان موفقیت در ترک سیگار در بیماران مبتلا به COPD به دنبال مشاوره توسط پرستار متخصص بالینی ماهر در امر مشاوره در مدت ۸ هفته بعد از مداخله ۴۴ درصد بود ($p < 0.001$) (۱۴) در مطالعه‌ای دیگر، Steven و همکاران دریافتند که در برنامه مداخله توسط پرسنل بیمارستان میزان ترک سیگار در گروه مشاوره ۱۴/۲ درصد در مقابل گروه مراقبت‌های معمولی ۱۳/۶ درصد بود ($p < 0.05$) (۱۹) در مطالعه Petty نیز میزان موفقیت در ترک سیگار بیماران در گروه مشاوره ۲۲/۵ درصد در برابر گروه مراقبت‌های معمولی ۵ درصد بود. (۲۰)

در برنامه‌های آموزشی دانشکده دانشجویان را با روش مشاوره در بالین آشنا نمایند. مدیران بهداشتی و درمانی می‌توانند با استفاده از نتایج این پژوهش زمینه لازم را برای به‌کارگیری مشاوره در مراقبت از بیماران توسط پرستاران فراهم نمایند. همچنین با در نظر گرفتن نقش کارکنان بهداشتی و درمانی و الگو بودن آنها در رعایت مسایل بهداشتی و سلامتی می‌توان برنامه‌های مشاوره‌ای مشابهی را برای آنان نیز اجرا نمود. این تحقیق می‌تواند زمینه‌ای جهت پژوهش‌های بعدی باشد.

تشریح و قدردانی

از کلیه اساتید و همکاران محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی سنندج که به طور مستقیم و غیرمستقیم در انجام مطالعه و نگارش این مقاله نقش داشته‌اند قدردانی به عمل می‌آید.

محدود آن به سایر افراد سیگاری است چون مشاوره برای بیماران مبتلا به COPD انجام شده است و ممکن است نتایج آن به افراد سیگاری سالم قابل تعمیم نباشد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه مشخص نمود که به‌کارگیری مشاوره توسط پرستار متخصص بالینی ماهر در امر مشاوره و به مدت زمان بیشتر از سه ماه می‌تواند میزان موفقیت ترک سیگار بیماران مبتلا به COPD را بالا ببرد. مشاوره به منظور ترک سیگار بیماران مبتلا به COPD می‌تواند پیش شرط توانبخشی و عامل اصلی در پیشگیری و کندی روند بیماری تلقی شود. پیشنهاد می‌شود کارکنان بهداشتی و درمانی به خصوص گروه پرستاری از نتایج این پژوهش جهت ترک سیگار در مراقبت و توانبخشی بیماران بستری در بیمارستان استفاده نموده و به طور ملموس‌تری با مشاوره آشنا شوند. همچنین مریبان بالینی می‌توانند با گنجاندن مشاوره جهت ترک سیگار

References

- 1 - Smeltzer SC, Bare BG. Textbook of medical surgical nursing. 10th Edition, Lippincott; 2004.
- 2 - Lacasse Y, Goldstein RS. Smoking cessation in pulmonary rehabilitation: goal or prerequisite? J cardiopulm rehabil. 2002; 22(3): 148-153.
- 3 - Bal P, Make B. Acute exacerbation of chronic bronchitis. Chest. 1998; 113(3): 199-203.
- 4 - اسملتزر سوزان جی، بیر برندا جی. پرستاری داخلی جراحی برونر سودارت: تنفس و تبادلات گازی، ترجمه مرضیه شبان. تهران: انتشارات سالمی، ۱۳۸۲: ۱۹۶-۱۷۸.
- 5 - Richmond R. Educating medical student about tobacco: planning and implementation. Paris: IUATLD; 1998.
- 6 - مسجدی محمدرضا، آذری‌پور ماسوله حسن، حیدری غلامرضا. دانستنی‌های سیگار، تهران: انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماری‌های ریوی، ۱۳۷۸.
- 7 - فخرزاده حسین، نوری معصومه. سیگار و دودینه‌ها، تهران: انتشارات طب نوین، ۱۳۸۱: ۲۰-۵.
- 8 - ریچموند رابین. راهنمای آموزشی جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات، ترجمه: محمدرضا مسجدی، حسن آذری‌پور ماسوله، غلامرضا حیدری و سایرین. تهران: انتشارات مرکز آموزشی درمانی سل و بیماری‌های ریوی، ۱۳۷۸: ۸۰-۲۹.
- 9 - Lancaster T, Stead LF. Effectiveness of interventions to help people stop smoking. BMJ. 2000; 321: 355-8.

- 10 - Karnath B. Smoking cessation: the most effective strategies; combination therapy can improve the chances of success. *Journal of Respiratory Disease*. Available at <http://www.findarticles.com> (oct, 2002).
- 11 - Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counseling for smoking cessation (cochrane review). In: the cochrane library, issue 2. Oxford: update soft ware; 2002.
- ۱۲ - لانکاستر تی، استید ال اف. مداخلات درمانی برای ترک سیگار، ترجمه: محمد حسین زاده. نوین پزشکی. ۱۳۷۹؛ ۶(۸): ۴۲۰-۴۱۸.
- ۱۳ - تایلور کارول. اصول پرستاری تایلور: مفاهیم پرستاری بخش (۱)، مترجمین: گروه مترجمین دانشگاه شهید بهشتی. تهران: انتشارات بشری، ۱۳۸۲: ۵۸-۳۵۴.
- 14 - Dejong SR, Veltman RH. The effectiveness of a CNS-led community-based COPD screening and intervention program. *Clinical Nursing Specialist*. 2004; 18(2): 72-79.
- 15 - Sherman SE, Lanto AB. Smoking cessation care received by veterans with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of rehab research and development*. 2003; 40(5): 1.
- 16 - Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J behav Med*. 1989; 12: 159-82.
- 17 - Miller KE. Strategies promoting smoking cessation in adolescents. *Am Fam physician*. 2001; 155: 489-95.
- 18 - Malchodi CS. The effects of peer counseling on smoking cessation and Reduction. *Obstet. Gynecol*. 2003; 101(3): 504-510.
- 19 - Steven VJ, Glasgo RE. Implementation and effectiveness of a brief smoking - cessation intervention for hospital patients. *Med care*. 2000; 38(5): 451-459.
- 20 - Petty TL. COPD: intervention for smoking cessation and improved ventilatory function. *Geriatrics*. 2000; 55(12): 30-82.
- 21 - Sipple JM. Smoking cessation in primary care clinics. *JGIM*. 1999; 14(11): 670- 676.