● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۲۵)، صفحه ۵۷ الی ٦۲، زمستان ۱۳۸۳
دریافت:۸۲/۸/۲٤، پذیرش: ۸۳/۱/۲۰

عوامل مؤثر در گرایش دانش آموزان شهرستان تبریز به سیگار

دکتر باقر وفایی[۱*]، جعفر شهامفر[۲]

۱- دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۲- عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سابقه و هدف: نوجوانان و جوانان کشورهای مختلف به میزان زیادی سیگاری هستند و اطلاعات آنها در مورد ارتباط سیگار با بیماریهای مختلف جسمی نامناسب بوده و آموزش مناسبی در این زمینه نمی بینند، هدف این مطالعه تعیین عوامل مؤثر در گرایش به سیگارنوجوانان کشورمان بوده تا با دادن آموزش مناسب و تغییر نگرش آنها به سیگار سطح سلامتی جامعه ارتقاء یابد

مواد و روشها: در مجموع ۱۰۰۰ نفر از دانش آموزان شهرستان تبریز از مدارس مختلف به طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه که مشتمل بر ۱۱ سوال بدون ذکر مشخصات فردی پاسخگویان بوده و reliability validity آن توسط روانپزشکان و متخصصین پزشکی اجتماعی تایید شده بود صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار کامپیوتری SPSS و از آزمون آماری کای اسکور استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که ۱٦٪ دانش آموزان در آذرشهر،اسکو، خسروشهر و ۱۲/٦٪ دانش آموزان در شهر تبریز سیگار مصرف می‌کردند. مهمترین عامل گرایش به سیگار نداشتن تفریحات سالم بوده که ۳۳٪ موارد را تشکیل می‌داد و سایر علل به ترتیب اهمیت عبارت بودند از: تفنن، کنجکاوی، یأس و نومیدی، مشکلات اجتماعی و اختلافات خانوادگی.

نتیجه‌گیری: رفتارهای بهداشتی اکتسابی است و در عین حال قابل آموزش و قابل تغییر می باشد. آموزش بهداشت به ویژه به نوجوانان یکی از راههای مناسب در پیشگیری از استعمال سیگار است. آموزش نوجوانان که چگونه در مقابل فشارهای معاشرین و دوستان ناباب واژه «نه گفتن» را بیآموزند.

واژه‌های کلیدی: ***نوجوانان، گرایش، سیگار، وابستگی.***

مقدمه

نیکوتین یکی از رایجترین داروهای مجاز مورد استفاده می باشد و این ماده از طریق تدخین و یا جویدن توتون وارد بدن می شود و وابستگی به توتون مهلک ترین و شایعترین اختلال مصرف مواد است زیرا استفاده کنندگان هنگام مصرف آن از تمایل شدید به مصرف دارو آگاه نیستند ولی موقع ترک اشتیاق شدید دارند (۱). سازمان بهداشت جهانی تخمین میزند که در سراسر جهان یک میلیارد نفر از مردم سیگار می کشند و سالیانه ۶ تریلیون سیگار دود می‌کنند(۲). براساس تخمین های موجود مرگ و میر سالانه ناشی از استعمال دخانیات از چهار میلیون مرگ و میر در حال حاضر به ده میلیون مرگ سالانه در دهه ۲۰۲۵ خواهد رسید که ۷ میلیون مورد از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه خواهد بود(۲و۱). از طرف دیگر بسیاری از کودکان بی‌گناه قربانی بیماریها و مرگ های ناشی از دود سیگار پدرها و مادرهای خود می‌شوند(۳). هم اکنون ۵۰۰ میلیون کودک در معرض استنشاق دود سیگار هستند. مصرف

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]

دخانیات با بیماری ریوی انسدادی مزمن ، سرطان و بیماری کرونری قلب و بیماری عروق محیطی رابطه دارد(۵و۴). خطر ایجاد سرطان ریه در سیگاری‌ها حدود ۲۰ برابر غیرسیگاریها است و در حقیقت کشیدن سیگار فاکتور اصلی همراه با سرطان ریه است(۸-۵). میزان مرگ و میر در میان سیگاری‌ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از غیر سیگاری‌ها در هر گروه سنی است و این یعنی حداقل ۵ درصد سیگاریهایی که در سال های بلوغ، استعمال دخانیات را آغاز نموده‌اند در نهایت توسط دخانیات به قتل می‌رسند(۳). طلاق و جدایی، رفتار خلق الساعه ـ سواد کمتر، برونگرایی، پرخاشگری و مصرف الکل در افراد سیگاری بیشتر از کسانی دیده می‌شود که سیگار نمی‌کشند(۸). نیکوتین معتاد کننده است، ویلیام پولیس، رئیس انستیتوی ملی سوء مصرف مواد در شماره اختصاصی مجله پزشکان امریکایی گزارش داد که نیکوتین ۸-۶ برابر الکل اعتیادآور است (۴). اخیراً سازمان بهداشت جهانی سیگار را جزو مواد اعتیاد آور و معتادین به سیگار را جزو بیماران روانی تقسیم‌بندی نمود. اعتیاد به سیگار به گروه و طبقه و قشر خاصی تعلق ندارد، اما نوجوانان و جوانان آسیب پذیرترین گروه‌ها در برابر آن هستند. سن آغاز کشیدن سیگار در امریکا ۱۶ و بعضی هم پس از ۲۰ سالگی است(۶و۵). در کانادا ۱۵٪ پسران و ۲۰ درصد دختران ۱۴ ساله در سال ۱۹۷۸ و بیش از ۲۵٪ پسران و دختران ۱۷ ساله سیگار می‌کشیدند و از آن به بعد تغییر قابل توجهی بوجود نیامده است و تقریباً ۴/۵ میلیون نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله مصرف کننده حاوی نیکوتین در امریکا در سال ۱۹۹۵ بوده‌اند(۸).

شایعترین وابستگی، وابستگی به نیکوتین است و ترک آن بیشتر با شکست توام است. در یک بررسی در ایالات متحده معلوم شد که ترک الکل با ۵۰٪، ترک اعتیاد به مواد افیونی با ۶۰٪، ترک کوکائین با ۵۵٪ و ترک وابستگی به سیگار با ۳۰٪ موفقیت همراه بوده است(۹). علل گرایش به مصرف سیگار متعدد بوده که مهم‌ترین آنها عبارتند از نداشتن آگاهی از آسیب های ناشی از دود سیگار، سهل انگاری پزشکان و مسئولین بهداشت در آگاه کردن توده های مردم، الگو برداری از دوستان و والدین سیگاری، تبلیغات گسترده برای مصرف سیگار توسط رسانه های گروهی برای سود جوئیها، لذت جویی های بی‌هدف، احساسات بلوغ، نیاز به جلب توجه، عصیانگری عقده های روانی، کاهش احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب و پریشانی فکر و انگیزه های ناشناخته (۳). بررسیهای متعدد نشان داده است که مصرف سیگار در بیماری های روانی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلالات خلقی دوقطبی، وابستگان به مواد و اختلال شخصیت بیشتر از دیگران است (۱۶-۱۱). ۹۰٪ اسکیزوفرنیک‌ها سیگار می‌کشند (احتمالاً به این دلیل که نیکوتین اثرات جانبی داروها را کاهش می‌دهد(۲). سیگار کشیدن مخصوصاً وابستگی به نیکوتین در بیماران مبتلا به اختلال خلقی ۳-۲ بار شایعتر از جمعیت کلی است، برعکس اختلالات روانی ۳-۲ بار در سیگاریها بیشتر از جمعیت عمومی است(۶). تحقیقات انجام گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داده است که نقصان قابل توجه اطلاعات در جوانان سراسر جهان در زمینه بیماری های وابسته به استعمال دخانیات و کمبود اعتماد به نفس در زمینه توصیه به ترک به بیماران می‌باشد. همچنین مجموعه مطالعات انجام شده نشان دهنده این واقعیت است که نوجوانان و جوانان کشورهای مختلف به میزان زیادی سیگاری هستند و اطلاعات آنها در مورد ارتباط سیگار با بیماریهای مختلف جسمی نامناسب می‌باشد و آموزش مناسبی در این زمینه نمی‌بینند. روشهای مختلف بررسی پیشگیری از وابستگی به سیگار بیشتر روی مبارزات کوتاه مدت در مدارس متمرکز هستند جایی که راهبرد معمول ارائه اطلاعات در مورد عواقب قانونی، فیزیولوژیکی و روانی سوء مصرف دارو است (۱۷). هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثردر گرایش دانش آموزان شهرستان تبریز به سیگار است.

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شده است و جامعه مورد مطالعه این بررسی را ۱۰۰۰ نفر از دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر تبریز تشکیل می دهد، که از مهرماه ۱۳۸۱ تا خرداد ۱۳۸۲ در دبیرستان های شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. کلیه اطلاعات مربوط به علل گرایش به مصرف سیگار از طریق پرسشنامه تکمیل گردید. قبل از تکمیل پرسشنامه reliability validity با مراجعه به روانپزشکان و متخصصین پزشکی اجتماعی اصلاح و برای تعیین reliability پرسشنامه از ۱۵ دانش آموز، test

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]

و retest انجام و پرسشنامه ها اصلاح گردید. محتوای پرسشنامه ها شامل سن شروع مصرف سیگار، عوامل مؤثر در مصرف سیگار، تعداد مصرف سیگار بر حسب رشته تحصیلی، بعد خانوار دانش آموزان، میزان در آمد خانواده و عامل مشوق در مصرف سیگار بوده که پس از تکمیل با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه برای تعیین ارتباط بین متغیر های مختلف از آزمون X^2 استفاده گردید و مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

نتایج بررسی نشان داد که ۱۶۰ نفر دانش آموز در آذرشهر، اسکو و خسروشهر و ۱۲۶ نفر در شهر تبریز سیگار مصرف می‌کردند. از نظر توزیع مبتلایان برحسب رشته تحصیلی در مناطق اسکو، آذرشهر، خسرو شهر، بیشترین درصد سیگاریها را دانش آموزان هنرستانی و در تبریز ۲۰/۶درصد دانش‌آموزان رشته اقتصاد بودند. ۴۲٪ دانش‌آموزان تبریز و ۳۷/۵درصد دانش‌آموزان حومه برای اولین بار "پیشنهاد سیگار از طرف دوست بوده است" را ذکر نموده‌اند (جدول۱). ۲۹٪ دانش‌آموزان حومه ماهیانه یک یا دو نخ سیگار می‌کشیدند در حالی که در تبریز ۲۵٪ افراد روزی ۵-۳ نخ سیگار و ۲۵٪ دیگر هفته‌ای یک یا دو نخ سیگار مصرف می‌کردند و فقط ۴٪ ماهی یک یا دو نخ سیگار می‌کشیدند. ۴۵٪ دانش‌آموزان سیگاری در تبریز و ۶۰٪ در حومه متعلق به خانواده‌هائی بودند که حداقل یکی از اعضاء خانواده سیگاری بودند.

جدول ۱. توزیع دانش آموزان سیگاری برحسب عامل مصرف سیگار در سطح دبیرستانهای شهرستان تبریز سال ۸۲-۸۱

شخص پیشنهاد دهنده	حومه	تبریز
	تعداد(٪)	تعداد(٪)
دوست	۳۰(۳۷/۵)	۲۷(۴۲/۲)
شخص خودم	۳۰(۳۷/۵)	۲۶(۴۰/۶)
خویشاوند	۱۵(۱۸/۷۵)	۸(۱۲/۵)
غیره	۵(۶/۲۵)	۳(۴/۶)
جمع	۸۰(۱۰۰)	۶۴(۱۰۰)

سن شروع مصرف سیگار از ۱۵ تا ۱۸ سالگی بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که نداشتن تفریحات سالم هم در تبریز و هم در حومه تبریز مهمترین عامل گرایش نوجوانان به سیگار بوده و بعد از آن کنجکاوی و تفنن بود که در حومه تبریز بیشتر از شهر تبریز بود. یأس و نومیدی، مشکلات اجتماعی، اختلافات خانوادگی، تجدد طلبی از دیگر علل گرایش نوجوانان به سیگار بوده است(جدول ۲). در این بررسی ۴۶٪ دانش‌آموزان سیگاری تبریز از خانواده‌هایی بودند که درآمد خانواده آنها۳۰-۲۰ هزار تومان و در حومه ۴۵٪ متعلق به خانواده های بودند که میزان درآمد آنها از ۲۰ هزار تومان کمتر بود. ۳۱/۳٪ دانش‌آموزان حومه و ۳۲٪ دانش‌آموزان تبریز فشار دوستان را عامل مهم برای قطع سیگار ذکر کرده‌اند و در درجه دوم وسایل ارتباط جمعی را عامل ترک سیگار خود ذکر کرده‌اند.

جدول ۲. توزیع دانش آموزان سیگاری برحسب علل مصرف سیگار در سطح دبیرستانهای شهرستان تبریز سال ۸۲-۸۱

علل مصرف سیگار	تبریز						حومه					
	اولویت اول		اولویت دوم		اولویت سوم		اولویت اول		اولویت دوم		اولویت سوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کنجکاوی	۹	۱۴/۲۸	۶	۱۸/۷۵	۰	۰	۱۸	۲۲/۵	۸	۲۱/۶	۶	۲۴
تجدد طلبی	۱	۱/۵۸	۲	۶/۲۵	۰	۰	۰	۰	۵	۱۳/۵	۳	۱۲
یأس و نومیدی	۷	۱۱/۱۱	۴	۱۱/۵۱	۱	۵/۲۶	۸	۱۰	۳	۸/۱	۳	۱۲
اختلافات خانوادگی	۴	۶/۳۴	۱	۳/۱۲	۲	۱۰/۵۲	۲	۲/۵	۴	۱۰/۸	۱	۱۴
مشکلات اجتماعی	۷	۱۱/۱۱	۶	۱۸/۷۵	۴	۲۱/۰۵	۷	۸/۷۵	۲	۵/۴	۴	۱۶
تفنن	۹	۱۴/۲۸	۲	۶/۲۵	۴	۲۱/۰۵	۱۸	۲۲/۵	۷	۱۸/۹	۱	۴
نداشتن تفریحات سالم	۲۱	۳۳/۳	۷	۲۱/۹	۵	۲۶/۳	۲۱	۲۶/۲۵	۵	۱۳/۵	۴	۱۶
سایر علل	۵	۷/۹	۴	۱۲/۰۵	۳	۱۲/۸	۶	۷/۵	۳	۸/۱	۱	۱۲
جمع	۶۳	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۳۷	۱۰۰	۲۵	۱۰۰

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]

بحث

در بررسی حاضر نیز سن شروع مصرف سیگار بین ۱۵ تا ۱۸ سالگی بوده که با تحقیقات قبلی نیز هماهنگی دارد. استعمال سیگار یکی از چندین مشکلی است که نوجوانان در سرتاسر جهان با آن روبرو هستند. چون اعتیاد به مواد مخدر معمولاً از سنین نوجوانی (زیر ۲۰ سال) و اغلب از یک ماده کم اثر مثل سیگار، حشیش یا ماری جوانا شروع می‌شود. در تحقیقاتی که در آمریکا و کانادا صورت گرفته سن آغاز کشیدن سیگار بین ۱۵ تا ۲۰ سالگی بوده است (۸و۶و۵). نوجوانان اغلب در مورد مصرف سیگار کنجکاوند و تصور مطلوبی از استعمال سیگار دارند. در بررسی های انجام شده قبلی، نوجوانان، «بالغتر به نظر رسیدن» را یکی از مهمترین فواید استعمال سیگار ذکر کرده اند. در این بررسی حس کنجکاوی، تفنن و تجدد طلبی در جوانان شهرستان تبریز خیلی بالا بوده و با تحقیقات قبلی که از علل گرایش به سیگار در نوجوانان را لذت جویی های بی هدف، احساسات بلوغ، نیاز به جلب توجه، عصیانگری و عقده های روانی ذکر کرده است (۳)، هماهنگی دارد. در این بررسی، نداشتن تفریحات سالم در شهرستان تبریز مهم ترین عامل گرایش نوجوانان به سیگار بوده که لازم است مسوؤلین امر به این مقوله توجه کافی نمایند. همچنین در این مطالعه، ۴۷٪ دانش آموزان سیگاری شهر تبریز و ۶۰٪ دانش آموزان حومه تبریز از خانواده هایی بودند که حداقل یکی از اعضای خانواده آنها سیگاری بودند. در این بررسی، ۴۲/۲٪ دانش آموزان تبریز و ۳۷/۵٪ دانش آموزان حومه تبریز وابسته به سیگار عامل گرایش خود به سیگار را دوستان ناباب ذکر نمودندکه با مطالعات محققان قبلی هماهنگی دارد(۳). در بررسی حاضر یاس و نا امیدی (یکی از علایم مهم افسردگی) در ۱۱/۱۱٪ دانش آموزان تبریز و ۱۲٪ دانش آموزان حومه تبریز وابسته به سیگار، از علل گرایش آنها به سیگار بوده که با تحقیقات قبلی انجام شده در این زمینه هماهنگی دارد. در دانش آموزان پسر با وضع اقتصادی ـ اجتماعی پایین احتمال خیلی بیشتری برای استعمال سیگار وجود دارد. در تبریز۴۶٪ دانش آموزان سیگاری از خانواده هایی با در آمد ۲۰ تا ۳۰ هزار تومان در ماه و در حومه تبریز ۴۵٪ دانش آموزان سیگاری متعلق به خانواده هایی بودند که درآمد ماهیانه آنها کمتر از ۲۰ هزار تومان بود. در این بررسی ۷۹٪ دانش آموزان سیگاری در تبریز و ۶۱/۶۳٪ دانش آموزان سیگاری حومه تبریز قبلا نیز سیگار می کشیدند و موجب گرایش مجدد آنها به سیگار بود. سیگاری ها به علل زیاد آن را ترک یا سعی در ترک آن می کنند، علت ترک تقریبا به خاطر مسائل سلامتی است. سیگاریهایی که مسائل بهداشتی مرتبط با سیگار را تجربه کرده باشند موفقیت بیشتری در ترک آن دارند. در بررسی حاضر معلوم گردید که ۳۱/۳٪ دانش آموزان حومه شهر تبریز و ۳۲٪ دانش آموزان تبریز فشار دوستان و در درجه دوم وسایل ارتباط جمعی را عامل مهم برای قطع سیگار ذکر کرده اند. برنامه های آموزش پیشگیری، آموزش به نوجوانان در برابر فشار معاشرین است.

در این روش نوجوانان در مورد اثرات و عوارض استعمال سیگار آگاهی کسب می کنند و در ضمن سپردن تعهد عمومی که به عنوان یک فرد غیر سیگاری باقی ماندن تشویق و برانگیخته می شوند. نتایج تحقیقات نشان داد که این برنامه در کاهش تعداد نوجوانانی که سیگار کشیدن را شروع کرده اند مؤثر بوده است. درمان وابستگی به سیگار به طرق مختلف از جمله هیپنوتیزم، درمان با ایجاد بیزاری، طب سوزنی، اسپری نیکوتینی بینی، آدامس های نیکوتینی، نیکوتین فرا جلدی (patch) و اشکال آهسته رهش نیکوتین، کلونیدین و انواعی از سایر مواد سایکوفارماکولوژیک نیکوتینی، بوپروپیون با دوزهای۳۰۰میلیگرم در روز و مشاوره روانی، راهنمایی و رواندرمانی هدایتی ممکن است انجام گردد(۱۸-۲۲).

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسوؤلین مدارس شهرستان تبریز و نیز از زحمات بی شائبه آقای دکتر علی وفائی تقدیر و تشکر می گردد.

****

منابع

۱. سادوک ب، سادوک و. چکیده روانپزشکی بالینی. ترجمه دکتر پورافکاری ن ، چاپ اول، انتشارات آزاده ۱۳۸۰؛ ص: ۹۰-۸۹.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]

۲. هریسون ب، گدز ج، شارب م. درسنامه فشرده روانپزشکی. چاپ هشتم ۱۹۹۸، ترجمه دکتر پورافکاری ن، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۰؛ ص: ۱۷.

۳. مسجدی م، آذری پور ح، حیدری غ، علی نژاد طاهری س، ولایتی ع. بررسی شیوع استعمال دخانیات در میان دانشجویان دانشگاههای تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۱؛ ۲۰: ۷-۲۸۳.

٤. کلمن و. اعتیاد چیست معتاد کیست، ترجمه میرفخرایی م ر ، نشراوحد تهران ۱۳۷۸ : ص: ۳۱-۱۱٦.

5. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry, volume one, 7th ed, Editor Sadock BJ & Badock V, Lippincott Williams & Wilkan Philadelphia 2000; PP: 1033-8.

6. Lopez I, Bor JJ, Andreasen N, Gelder MC. New Oxford text book of psychiatry, volume one, publish unilele stokes First Published Seeteom 4 London 2000; PP: 158-554.

۷. پورافکاری ن. فرهنگ معاصر ، جلد دوم، چاپ اول تهران، چاپ انتشارات بهار ۱۳۷۳؛ ص: ۱۰۰۱.

8. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry, 9th ed, New York Philadelphia 2003; pp: 444-8.

9. Law M, Tany JL. Ana analaysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995;155: 1933-41.

10. O Brien CP, Mc Lellan AT. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347: 237-40.

11. Deleon J, Tracy J, Mc Cann E, Mc Grory A, Diaz FJ. Schizophrenia and tobacco smoking: a replication study in another US psychiatric hospital schizophrenia research received 2000 reviesed 29 January accepted February 2001; pp: 55-65.

12. Haukkala A, Vartiainen E, Mc Alister A, Knekt P. Depression and smoking cessation: the role of motivation and self-efficacy. Finland, Addictive Behaviors 2000; 25(2): 311-16.

۱۳. سازمان ملل متحد، یونسکو. آموزش عمومی برای پیشگیری از اعتیاد. ترجمه محسن دهقانی، چاپ اول، انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور۱۳۷۲ :ص: ۱۳٤.

14. Lawn SJ, Pols RG, Barber JC. Smoking and quitting: a qualitative study with community, Living psychiatric clients. Social Science & Medicine Australia 2002; 54: 93-104.

15. Tamburrino MB. Screening women in family practice seetings: association between depression and smoking cigarettes, Fam Pract Res J 1994; 14(4): 333-7.

16. Wang MQ. Predicting smoking status by symptoms of depression for US adolescents. Psychol Rep 1994; 75(2): 911-4.

۱۷. مسجدی آذری پور م، حیدری غ. سیگار، ریال و روشهای ترک، چاپ اول، مرکز آموزشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی، تهران ۱۳۷۸: ص: ۸-۱.

۱۸. گیلی آ. چگونه می توان سیگار را ترک کرد یا اقلا کمتر سیگار کشید. مترجم: محمد مهاجری، چاپ اول، ۱۹۷۷ لندن، انتشارات بامداد اردبیل ۱۳٦۱ : ص:٤۷-۱۲٦.

۱۹. کاتزونک ب ج. فارماکولوژی پزشکی ۱۹۹۵، ویرایش ششم ، مترجم: دکتر نوری ف و همکاران ، چاپ اول، انتشارات حیان ۱۳۷۹ : ص:۱۷-۱۱٦.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]

۲۰. اخوت و. رواندرمانی و چند مقاله دیگر، انتشارات پیام ، تهران، ۱۳٥٤ :ص: ٤۹۱و٦۹-٤٥۸.

21. Ockene JK. Smoking intervention: the expanding role of the physician. Am J Public Health 1987; 77: 782-3.

۲۲. اولیه رد، ویلسون گ ت. رفتار درمانی کاربرد و بازده، ترجمه پورداد ن ، دکتر سیف ع ا ، فیض م ، ویراستار داریوش پ ، چاپ اول، انتشارات فردوس ، تهران ۱۳٦٥: ص: ۷۲-۳٥۹.

* آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن:۳۳٦٤٦٦۸-۰٤۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.10.3]